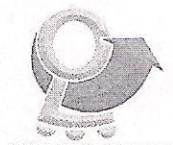
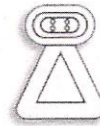


CÉDULA DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS DE CHIMALHUACÁN, ESTADO DE MÉXICO

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| NOMBRE: | | TRÁMITE: | SERVICIO: | X |
| TERAPIA DE LENGUAJE | | | | |
| DESCRIPCIÓN: | | | | |
| ÁREA QUE SE DEDICA A LA HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LOS PROCESOS COMUNICATIVOS Y DE LENGUAJE. | | | | |
| FUNDAMENTO LEGAL: | LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL DENOMINADO "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" CAPÍTULO I, ART.3, FRACC. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX. | | | |
| DOCUMENTO A OBTENER: | RECIBO DE SERVICIOS | VIGENCIA: | PERMANENTE | |
| ¿SE REALIZA EN LÍNEA?: | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | DIRECCIÓN WEB: | NO APLICA | |
| CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE: | CUANDO LO REQUIERA LA CIUDADANÍA | | | |
| REQUISITOS: | | FUNDAMENTO JURIDICO-ADMINISTRATIVO, UTILIDAD Y DESTINO DEL REQUISITO: | | |
| PERSONAS FÍSICAS | | | | |
| RECIBO DE PAGO | ORIGINAL X | COPIA(S) N/A | LEY QUE CREA LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DE ASISTENCIA SOCIAL, DE CARÁCTER MUNICIPAL DENOMINADO "SISTEMAS MUNICIPALES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA" CAPÍTULO I, ART.3, FRACC. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX. PARA CONTROL DE PACIENTES. | |
| PERSONAS MORALES | | | | |
| NO APLICA | ORIGINAL N/A | COPIA(S) N/A | NO APLICA | |
| INSTITUCIONES PÚBLICAS | | | | |
| NO APLICA | ORIGINAL N/A | COPIA(S) N/A | NO APLICA | |
| OTROS | | | | |
| NO APLICA | ORIGINAL N/A | COPIA(S) N/A | NO APLICA | |
| DURACIÓN DEL TRÁMITE: | 5 MINUTOS | TIEMPO DE RESPUESTA: | 50 MINUTOS | |
| VIGENCIA: | PERMANENTE | | | |
| COSTO: | \$20.00 (VEINTE PESOS) | | | |
| FORMA DE PAGO: | EFFECTIVO <input checked="" type="checkbox"/> | TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> | TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/> | EN LÍNEA (PORTAL DE PAGOS) <input type="checkbox"/> |
| DÓNDE PODRÁ PAGARSE: | MODULO DE COBRO INSTALADO EN EL INTERIOR DEL C.R.I.S. | | | |
| OTRAS ALTERNATIVAS: | NO APLICA | | | |
| CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | ASISTIR DE MANERA REGULAR A LA TERAPIA EN TIEMPO Y FORMA, ASIGNADA POR EL TERAPEUTA DE LENGUAJE, HASTA EL ALTA DEL PACIENTE PREESCRITA POR EL MEDICO ESPECIALISTA. | | | |





| | | | | | | | |
|--|---|--|-----------|--|-----------------------------------|-----------|--|
| DEPENDENCIA U ORGANISMO: | | | | UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE: | | | |
| SISTEMA MUNICIPAL DIF CHIMALHUACÁN | | | | CENTRO DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL (CRIS) | | | |
| TITULAR DE LA DEPENDENCIA: | | LIC. ALMA DELIA AGUIRRE MONDRAGON | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | AV. DE LAS PERAS ENTRE LAS AV. TORRES Y AV. AGRARISMO | | | NO. INT. Y EXT.: | S/N | |
| COLONIA: | BARRIO SARAPEROS | | | MUNICIPIO: | CHIMALHUACÁN | | |
| C.P.: | 56355 | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | LUNES A VIERNES 07:00-14:00HRS | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXT.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| 55 | 22 28 86 14 | | NO APLICA | NO APLICA | cris_dif_chimalhuacan@hotmail.com | | |
| OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO | | | | | | | |
| OFICINA: | NO APLICA | | | | | | |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA: | NO APLICA | | | | | | |
| DOMICILIO: | CALLE: | NO APLICA | | | NO. INT. Y EXT.: | NO APLICA | |
| COLONIA: | NO APLICA | | | MUNICIPIO: | NO APLICA | | |
| C.P.: | NO APLICA | HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN: | | NO APLICA | | | |
| LADA: | TELÉFONOS: | | EXT.: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | | |
| NO APLICA | NO APLICA | | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | | |
| MUNICIPIOS QUE ATIENDE: | CHIMALHUACÁN | | | | | | |
| OTROS | | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 1: | ¿CÓMO INGRESO A LA TERAPIA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | TIENE QUE PASAR A UNA CITA CON EL MÉDICO ESPECIALISTA EN COMUNICACIÓN HUMANA QUIEN LE DARÁ LAS INDICACIONES DE TERAPIA SI ASÍ LO AMERITA, POSTERIORMENTE A TRABAJO SOCIAL PARA LA OBTENCIÓN DE SU CARNET Y POR ULTIMO AL ÁREA DE TERAPIA DE LENGUAJE PARA QUE LE DEN SU CITA A TRATAMIENTO. | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 2: | ¿CUÁNTO TIEMPO DURA LA TERAPIA? | | | | | | |
| RESPUESTA: | APROXIMADAMENTE 50 MINUTOS. | | | | | | |
| PREGUNTA FRECUENTE 3: | ¿ES NECESARIO QUE YO ENTRE A TERAPIA CON MI NIÑO? | | | | | | |
| RESPUESTA: | SI ES NECESARIO PORQUE NOS VA ACOMPAÑAR Y APOYAR DURANTE EL PROCESO. | | | | | | |
| TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS | | | | | | | |
| NO APLICA | | | | | | | |
| ELABORÓ: | | VISTO BUENO: | | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | | |
| MAHYS. EDGAR JORGE AVELINO SOLÍS SUBDIRECTOR DEL CRIS | | LIC. ALMA DELIA AGUIRRE MONDRAGÓN DIRECTORA GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA | | | 02/02/2017 | | |



DIRECCIÓN

