REPORTE DE CONTINGENCIAS DATOS GENERALES DEL POSIBLE BENEFICIARIO

13. DELEGACIÓN REGIONAL:	15. LOCALIDAD:
14. MUNICIPIO:	

17. NUMERO DE SOLICI	IANIES:							TIPO DE APOY		
CURP	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD	DOMICILIO (CALLE, NUM INT, NUM EXT Y COLONIA)	C.P.	COBERTOR	COLCHONETA	KIT DE HIGIENE PERSONAL	NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (A)
	_									

18. ORDEN EN EL QUE SE DEBE PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN:

17. NUMERO DE SOLICITANTES:_

B) COPIA DE CONTINGENCIAS

B)COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (EN CASO DE APLICAR)

C) COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO NO MAYOR A 3 MESES(EN CASO DE APLICAR)

FIRMA Y SELLO DEL SMDIF