PARA: DR. OSWALDO GODÍNEZ GONZÁLEZ
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN A PERSONAS
CON CAPACIDADES DIFERENTES
DEL SISTEMA DIF HIDALGO

DE: PROGRAMA DE AYUDAS FUNCIONALES

	<u>SORSIDIO</u>
BENEFICIARIO:	
EDAD:	
MUNICIPIO	
FORMA DE PAGO:	
DIF MUNICIPAL:	
DIF ESTATAL:	
BENEFICIARIO:	
OTROS:	
TOTAL:	

VO. BO. DR. OSWALDO GODÍNEZ GONZÁLEZ

## SRA. LAURA VARGAS DE OSORIO PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SISTEMA DIF HIDALGO PRESENTE

	o me dirijo a Usted de la manera más atenta con el fin de solicitar su valiosa intervención, par sible se me apoye en la adquisición de:
que de sei po	sible se me apoye em la adquisición de.
que requiere	
ya que somos	personas de escasos recursos.
Sin otro en pa cordial saludo	rticular y agradeciendo de antemano su valioso apoyo, aprovecho la ocasión para enviarle un
	ATENTAMENTE
NOMBRE:	
MICILIO:	
INICIPIO:	
R.F.C.	

SRA. LAURA VARGAS DE OSORIO PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SISTEMA DIF HIDALGO PRESENTE	0
PRESIDENTA DEL PATRONATO DEL SISTEMA DIF HIDALGO PRESENTE  Por este medio me dirijo a Usted de la manera más atenta con el fin de solicitar su valiosa intervención, para que de ser posible se me apoye en la adquisición de:  que requiere ya que somos personas de escasos recursos.  Sin otro en particular y agradeciendo de antemano su valioso apoyo, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.  NOMBRE: DOMICILIO: MUNICIPIO: R.F.C.  Descripción  Este apoyo se tramitó de la siguiente manera:  DIF MUNICIPAL: \$  DIF MUNICIPAL: \$  DIF STATAL: \$  BENEFICIARIO: \$  TOTAL: \$  ACTROS: \$  TOTAL: \$	
que requiere	
ya que somos personas de escasos re	ecursos.
Sin otro en particular y agradeciendo saludo.	o de antemano su valioso apoyo, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial
NOMBRE:	
DOMICILIO:	
MUNICIPIO:	
R.F.C.	
(Danawin side	ASUNTO
Descripcion	
<b>Observaciones</b> Este ap	oyo se tramitó de la siguiente manera:
DIF MUNICIPAL: \$	OTROS: \$
DIF ESTATAL: \$	
BENEFICIARIO: \$	TOTAL: \$
Atendió	
Observaciones Extraordinarias:	

**FECHA:** 

## R E C I B I DEL SISTEMA DIF HIDALGO A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL EL SIGUIENTE APOYO

<b>АРОУО</b>			
PARA			
DEL MUNICIPIO			
	Pachuca, Hgo. a	de	del 2006
RECIBI			
NOMBRE:			
DOMICILIO:			
MUNICIPIO:			
R.F.C.			

RECIBI:				
NOMBRE:				
DOMICILIO:				
MUNICIPIO:				
R.F.C.				
PP	4140			
MP	_			
CONCEPTO :				
CONCLI TO .				