

## Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

| NOMBRE OFICIAL DEL   | ERVICIO                            | NOMBRE CI                                  | NOMBRE CIUDADANO DEL TRÁMITE O SERVICIO                       |                             |               |
|--|------------------------------------|--|---|-----------------------------|---------------|
| Solicitud de Apoyo para Pago de Servicio de Estancia<br>Infantil   |                                    |  | Solicitud de Apoyo para Pago de Servicio de Estancia Infantil |                             |               |
| ORGANISMO  |                                    |  | HOMOCLAVE   |                             |               |
| Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia  |                                    |  | BC-DIF-025  |                             |               |
| DESCRIPCIÓN  |                                    | TIPO TYS                                   |   |                             |               |
| Lograr que los padres o tutores de hijos menores de 6 años reciban un apoyo económico para el servicio en un centro de atención infantil |                                    |  | Servicio  |                             |               |
|  |                                    |  | ¿CUÁNDO DEBO DE REALIZARLO?                                   |                             |               |
|  |                                    |  | Cuando el tutor(a) lo requiera y cumpla con los requisitos    |                             |               |
| ¿QUÉ OBTIENE?  |                                    | ¿QUIÉN PUEDE REALIZARLO?                   |   |                             |               |
| El apoyo mensual para e<br>la estancia infantil  | nal del servicio de                | Representante Legal<br>Interesado<br>Tutor |   |                             |               |
| TIPO COSTO   |                                    |  | VIGENCIA  |                             |               |
| Sin costo  |                                    |  | Hasta cumplir la edad limite                                  |                             |               |
| COSTO  |                                    |  | PLAZOS  |                             |               |
| LUGARES DE PAGO<br>NINGUNO   |                                    | riempo que t                               | iene ei organismo para  | a resolver :15 Días Hábiles |               |
| TIENE DOCUMENTOS INFORMATIVOS  |                                    |  | CANTIDAD DE DOCUMENTOS INFORMATIVOS                           |                             |               |
| NO   |                                    | 0  |   |                             |               |
| AFIRMATIVA FICTA   |                                    | REQUIERE VISITA DE INSPECCIÓN              |   |                             |               |
| NO   |                                    | NO   |   |                             |               |
|  |                                    | OFICINAS DONDE                             | SE PUEDE RE   | ALIZAR                      |               |
| DIRECCION  | TELÉFONOS                          | RESPONSA                                   | BLES  | DÍA SEMANA                  | HORARIO       |
| Centro de  |                                    | Lic. Beatriz Andrea                        | Ocegueda  | Lunes                       | 08:00 A 17:00 |
| Rehabilitación Integral (CRI), Centros de  |                                    | Santana<br>Responsable Munic               |   | Martes                      | 08:00 A 17:00 |
| Atención Infantil<br>Tijuana -   |                                    | Tijuana de Centros Infantil                | de Atenciòn   | Miércoles                   | 08:00 A 17:00 |
| Avenida Paseo Del<br>Río, Rio Tijuana, 3ra   | venida Paseo Del portega@difbc.gob |  |   | Jueves                      | 08:00 A 17:00 |
| Etapa, s/n, Tijuana<br>22226   |                                    |  |   | Viernes                     | 08:00 A 17:00 |

| Dirección de Apoyos a<br>Población en<br>Vulnerabilidad Social,<br>Centros de Atención<br>Infantil Mexicali -<br>Avenida Mineros entre<br>"F" y "G", Industrial,<br>345, Mexicali 21010     | 686 5548338<br>EXT 106  | Lic. Perla Maria Ortega Lomelin<br>Coordinadora Estatal de Centros<br>de Atención Infantil<br>portega@difbc.gob.mx<br>685 554 5239                    | Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes | 08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00 |
|---|-------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Centro de Desarrollo<br>Familiar (CDF),<br>Centros de Atención<br>Infantil San Quintín -<br>Luis Alcerrega y<br>Nicolas Bravo,<br>Fraccionamiento San<br>Quintín, s/n, San<br>Quintín 22931 | 617 665 5560<br>EXT 110 | Lic. Annai Esteban Perez<br>Responsable Municipal en San<br>Quintin, de Centros de Atenciòn<br>Infantil<br>portega@difbc.gob.mx<br>686 554 5239       | Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes | 08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00<br>08:00 A 17:00 |
| Coordinación Estatal<br>de Centros de<br>Atención Infantil<br>Ensenada -<br>Francisco Gonzalez<br>Bocanegra, Hidalgo,<br>2018-2092, Ensenada<br>22880                                       | 646 176 8786<br>EXT 6   | Lic. Claudia Paloma Woo<br>Ramirez<br>Responsable Municipal en<br>Ensenada de Centros de<br>Atención Infantil<br>portega@difbc.gob.mx<br>646 176 8786 | Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes | 08:00 A 08:00<br>08:00 A 08:00<br>08:00 A 08:00<br>08:00 A 08:00<br>08:00 A 08:00 |

## **FUNDAMENTOS**

Ley de Asistencia Social para el Estado de Baja California, ART.Artículo 1, Estatal

| ESCENARIOS   |               |  |  |  |  |
|--|---------------|--|--|--|--|
| Ciudadanía en general  |               |  |  |  |  |
| REQUISITOS INTANGIBLES   |               |  |  |  |  |
| REQUISITOS TANGIBLES   | TIENE FORMATO |  |  |  |  |
| Comprobante de ingresos de todas las personas del hogar que laboren. | NO            |  |  |  |  |
| Solicitud (original)   | NO            |  |  |  |  |
| Fotografía infantil del menor (original)                             | NO            |  |  |  |  |
| Comprobante de domicilio (Copia)                                     | NO            |  |  |  |  |
| Identificación oficial de padres o tutores (copia)                   | NO            |  |  |  |  |
| Copia del acta de nacimiento del niño (A)                            | NO            |  |  |  |  |
| Certificado médico (original)  | NO            |  |  |  |  |
| Copia del CURP del niño (A)  | NO            |  |  |  |  |
| PASOS POR MODALIDAD  |               |  |  |  |  |

## Presencial

- ° El ciudadano podrá realizar una cita para solicitar informes del programa y entrega de documentos.
- ° Acudir a las oficinas de DIF estatal para entregar los requisitos
- ° Personal de DIFBC revisará que los documentos se encuentren completos y en orden, y se le entregará formato de solicitud de apoyo.
- ° El ciudadano deberá llenar la solicitud en oficinas de DIF estatal
- ° Dar respuesta a estudio socioeconómico, el cual será aplicado por personal de DIFBC
- ° Personal de DIFBC evaluará conforme a las Reglas de Operación del programa la documentación entregada, la solicitud y el estudio socioeconómico y el espacio disponible en el Centro de Atención Infantil solicitado ° Si es aprobado personal de DIFBC dará de alta en el sistema y entregará formatos para firma del ciudadano y se le
- proporcionará copia
- Personal de DIFBC le indicará la forma adecuada del llenado de las listas de asistencia del niño/niña
- ° El ciudadano presentará dicho comprobante al Centro de Atención Infantil indicado
- ° El ciudadano presentará al niño/niña en el Centro de Atención Infantil donde firmará las listas de asistencia diariamente