

Anexo 1 Requisitos para la Solicitud

Programas apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables.

ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO SOCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO.

Requisitos para la Solicitud de Tramite de Subsidios

1. **Resumen médico y/o dictamen médico y/o Receta:** En papel membretado con sello de la institución que expide, anotando claramente el padecimiento actual, tratamiento, pronóstico, características de la ayuda solicitada, con nombre, firma y cédula profesional del medico de la Institución, indicando su cargo.
2. **Carta solicitud,** dirigida al Lic. Julio Ramón Menchaca Salazar, Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo, firmada por el beneficiario y/o solicitante, indicando el tipo de ayuda padecimiento actual y situación económica
3. **Fotocopia de Identificación del Beneficiario y solicitante** y/o constancia de identidad (original) expedida por la Presidencia Municipal, elaborada en hoja membretada, firmada por el Presidente Municipal o Secretario General y sello.
4. Fotocopia de CURP del Beneficiario
5. Comprobante de domicilio Reciente (no mayor a 3 meses), que coincida con el domicilio registrado en su INE.
6. Estudio Socioeconómico (este se realiza al momento de integrar expediente en las oficinas de APS).
7. Constancia de NO derechohabencia a instituciones de salud, (IMSS e ISSSTE)

NOTA: Todo Trámite ante esta Administración es:

GRATUITO Y SIN FINES DE LUCRO.

EN CASO DE FALTAR ALGUNO DE LOS REQUISITOS, NO SE PUEDE DAR TRÁMITE A SU SOLICITUD.

Anexo 2 Petición (Beneficiario o solicitante).

Programa apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables

ASUNTO: SOLICITUD DE APOYO

PACHUCA, HGO, A ____ DE _____ DE 2025

LIC. JULIO RAMON MENCHACA SALAZAR
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE HIDALGO

EL (LA) QUE SUSCRIBE, _____ DE ____ AÑOS DE EDAD,

ORIGINARIO (A) DEL MUNICIPIO, _____ HGO,

SOLICITO A USTED SU VALIOSA INTERVENCION PARA QUE PUEDA SER BENEFICIADO (A) CON EL

APOYO CONSISTENTE EN: _____ YA QUE NO CUENTO

CON LOS RECURSOS ECONOMICOS PARA PODER ADQUIRIRLO

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO, APROVECHO LA OCASIÓN PARA ENVIARLE UN CORDIAL
SALUDO.

ATENTAMENTE

(NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO)

Anexo 2 Petición (Beneficiario o solicitante).

Programa apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables

ASUNTO: SOLICITUD DE APOYO

PACHUCA, HGO, A _____ DE _____ 2025

LIC. JULIO RAMON MENCHACA SALAZAR
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL
ESTADO DE HIDALGO

EL (LA) QUE SUSCRIBE _____ DE _____ AÑOS DE EDAD, ORIGINARIO (A)
DEL MUNICIPIO, DE _____ SOLICITO A USTED SU VALIOSA
INTERVENCION PARA QUE PUEDA SER BENEFICIADO
(A _____ CON EL APOYO CONSISTENTE
EN _____, YA QUE NO CUENTA CON LOS RECURSOS
ECONOMICOS PARA PODER ADQUIRIRLO.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO, APROVECHO LA OCASIÓN PARA ENVIARLE UN CORDIAL
SALUDO.

ATENTAMENTE

C. _____
(NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE)

Anexo 3 Estudio Socioeconómico

Programa apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

CANALIZADO POR: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO:

(NOMBRE)

(APELLIDO PATERNO)

(APELLIDO MATERNO)

DOMICILIO:

(COLONIA)

(CALLE)

(NÚMERO)

(DELEGACION O MUNICIPIO)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

(CODIGO POSTAL)

(TELEFONO)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____

(AÑO)

(MES)

(DIA)

(LUGAR)

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

_____ INGRESO \$ _____

AYUDA SOLICITADA: _____

¿HAS RECIBIDO ALGUN APOYO DE APS? SI _____ NO _____ FECHA _____

TIPO APOYO: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

(APELLIDO PATERNO)

(APELLIDO MATERNO)

(NOMBRE 'S)

(PARENTESCO)

DOMICILIO:

(CALLE)

(NUMERO)

(COLONIA)

(DELEGACIÓN O MUNICIPIO)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

(CODIGO POSTAL)

(TELEFONO)

CONSTITUCION FAMILIAR:

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>OCUPACION</u>	<u>INGRESOS</u>

TOTAL DE INGRESOS MENSUALES FAMILIAR: \$ _____**VIVIENDA:**

ZONA URBANA () ZONA RURAL () LUZ () AGUA () PAVIMENTO () DRENAJE ()

REGIMEN DE PROPIEDAD: _____**SALUD DEL BENEFICIARIO:**

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

DERECHOHABIENTE DE: IMSS () ISSSTE () OTRO () _____

RECIBE ATENCION MEDICA: SI () NO () DONDE _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:_____
(LUGAR)

(AÑO)

(MES)

(DIA)

EVALUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL:

SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR LA ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO SOCIAL DE LOS SSH.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO_____
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

Anexo 4 Recibo de entrega de apoyo en especie.

Programa apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables.

ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO SOCIAL
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

RECIBO DE ENTREGA DE APOYO O SUBSIDIO EN ESPECIE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____





































APOYO O SUBSIDIO OTORGADO DE MANERA GRATUITA: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE O QUIEN RECIBE EL APOYO: _____

PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO: _____

FIRMA: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

<p>"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo a la Ley aplicable"</p>	<p>Como califica la satisfacción respecto a nuestro equipo trabajo para atender su solicitud de apoyo.</p>								
	<p>¿Cómo califica la calidad del servicio recibido?</p> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Muy satisfecho (10)</td><td>Satisfecho (8)</td><td>Regular (6)</td><td>Nada satisfecho (5)</td></tr></table>					Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)
									
	Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)					
<p>¿Nuestro equipo de trabajo atendió con prontitud su solicitud?</p> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Muy satisfecho (10)</td><td>Satisfecho (8)</td><td>Regular (6)</td><td>Nada satisfecho (5)</td></tr></table>					Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)	
									
Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)						
<p>¿La respuesta fue satisfactoria a su solicitud?</p> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Muy satisfecho (10)</td><td>Satisfecho (8)</td><td>Regular (6)</td><td>Nada satisfecho (5)</td></tr></table>					Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)	
									
Muy satisfecho (10)	Satisfecho (8)	Regular (6)	Nada satisfecho (5)						
<p>¿Tiene algún comentario o sugerencia para nosotros?</p>									



Anexo 5 Aviso de privacidad

Administración del Patrimonio Social de Servicios de Salud de Hidalgo Programa apoyos en especie en materia de salud a personas vulnerables

La Administración del Patrimonio Social, Órgano Desconcentrado de Servicios de Salud de Hidalgo, Se encarga de administrar los ingresos obtenidos por el Sistema Estatal de Cuotas de Recuperación para atender las peticiones en materia de salud de la población hidalguense en situación de vulnerabilidad que no cuente con seguridad social Preferentemente y de escasos o nulos recursos económicos, bajo principios bioéticos y de transparencia en el manejo de los recursos públicos, con domicilio en Boulevard de la Minería No.130, Col. La Puerta de Hierro, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42086, es el responsable del uso y protección de sus Datos Personales.

El siguiente documento con el objetivo de informarle los propósitos y finalidades principales del tratamiento a que serán sometidos sus datos personales.

Finalidad para utilizar sus datos personales

Los Datos Personales que recabamos de usted, los utilizaremos para:

- ✓ Conformar Expediente
- ✓ Determinar clasificación socioeconómica
- ✓ Otorgamiento de apoyo en especie
- ✓ Obtención de Datos estadísticos

Datos personales solicitados

Para cumplir con la finalidad del presente AVISO DE PRIVACIDAD, podremos solicitar los Datos personales siguientes:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|---|
| ✓ Lugar de nacimiento | ✓ Edad | ✓ Correo electrónico | ✓ Número Teléfono particular y Celular |
| ✓ Estado Civil | ✓ Sexo | ✓ Fecha de nacimiento | ✓ Clave única de Registro de Población (CURP) |
| ✓ Nombre | ✓ Firma autógrafa | ✓ Teléfono celular | ✓ Huella Digital |
| ✓ Comprobante de Domicilio Vigente | | | |

Además de los Datos Personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD podremos requerirle los siguientes Datos Personales considerados como sensibles, mismos que requieren de especial protección:

- | | | |
|-------------------|------------------------------------|--------------------------|
| ✓ Dictamen Médico | ✓ Constancia de entrega del Insumo | ✓ Estudio Socioeconómico |
|-------------------|------------------------------------|--------------------------|

Con relación a esta última categoría, le informamos que los Datos Personales Sensibles que se recaben del Titular serán obtenidos únicamente en forma directa; es decir en forma personal, en el entendido de que los Datos Personales Sensibles recabados, se tratarán con la finalidad exclusiva de realizar y dar seguimiento al proceso del apoyo otorgado.

Respecto de los Datos Personales que proporcione referentes a terceras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del Titular de que se trate para efectuar dicha entrega, por tanto es responsable de dicha situación.

Tratándose de Datos Personales de menores de edad y personas en estado de interdicción o incapacidad declarada, se presume que usted cuenta con la representación legal prevista en la Legislación Civil que le resulte aplicable, siendo esto de igual forma su responsabilidad.

Compartimos su información personal para los siguientes fines:

- A. Apoyos en Especie a las Personas Físicas de Escasos Recursos Preferentemente sin cobertura de Seguridad Social;
- B. Los datos requeridos para dar cumplimiento con la información publicada en el Portal de Transparencia. Solo será publicado el nombre, sexo y el Monto (en pesos) del recurso, beneficio o apoyo otorgado.
- C. Informes de Programas de Trabajo y Rendición de Cuentas

Se le informa que al otorgar su consentimiento para el tratamiento de sus Datos Personales, Usted autoriza a la Administración del Patrimonio Social de Servicios de Salud de Hidalgo a utilizarlos para la transferencia de su uso, al proveedor responsable de proporcionar el insumo solicitado siempre y cuando esté justificado, (recetas de medicamento controlado)

Como parte del cumplimiento a la normatividad referente a la Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, podrán llevarse a cabo eventos donde serán tomadas fotografías, con la posibilidad de ser publicadas o difundidas cualquier medio de comunicación, ya sea electrónica o impresa.

Otorgo mi consentimiento para la transferencia y uso de mis Datos Personales:

1. Nombre completo

2.- Firma y/o Huella Digital del beneficiario y/o solicitante, (en caso de ser menor de edad padre o tutor)

Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO).

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO (directamente ante la Administración del Patrimonio Social, Órgano Desconcentrado de Servicios de Salud de Hidalgo, con domicilio en Boulevard de la Minería No.130, Col. La Puerta de Hierro, Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42086.

Legislación aplicable.

Art. 6 Fracción I Art. 16 CONSTITUCIONAL

Art. 1, Fracción I, Ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados para el Estado de Hidalgo

Art. 98, Ley de Transparencia y acceso a la información pública del Estado de Hidalgo.