**(ANEXO ÚNICO)**

**FORMATO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA OPERAR COMO CENTRO DE**

**ASISTENCIA SOCIAL**

Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.

Folio de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**I. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL**

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Delegación o municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidad federativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Entre que calles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Público ( ) Privado ( ) Asociación ( ) Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_\_\_\_ Página Web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre y apellidos del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_\_\_\_ Int.: \_\_\_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.P: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación: Laboral: ( ) INE ( ) Pasaporte ( ) Cédula Profesional ( )

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. ESPECIFICACIONES DEL CENTRO DE ASISTENCIA**

Perfil del centro de asistencia: Rango de edades de niñas, niños y adolescentes a los que brinda atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de población vigente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Capacidad máxima de alojamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señalar si cuenta con instalaciones para acogimiento residencial en otras entidades federativas:

Si ( ) No ( ) Especifique cuáles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servicios que brinda:

Atención médica Si ( ) No ( )

Atención psicológica Si ( ) No ( )

Nutrición Si ( ) No ( )

Pedagogía Si ( ) No ( )

Puericultura Si ( ) No ( )

Trabajo Social Si ( ) No ( )

Jurídico Si ( ) No ( )

Fisioterapia Si ( ) No ( )

Otros Si ( ) No ( )

Atención a Niñas, Niños y Adolescentes migrantes no acompañados

Si ( ) No ( )

Atención a Niñas, Niños y Adolescentes víctimas de violencia

Si ( )No( )

Atención a Niñas, Niños y Adolescentes con discapacidad

Si ( ) No ( )

Recibe a Niñas, Niños y Adolescentes de otras entidades federativas

Si ( )No ( )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre, cargo y firma de quien recibe** |  | **Nombre, cargo y firma del solicitante** |