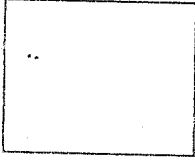




PROGRAMA ESTATAL
A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



SOLICITUD DE CREDENCIAL

| | |
|---------------|---------------|
| NOMBRE : | No. DE FOLIO: |
| DIRECCION : | FECHA : |
| COLONIA : | EDAD : |
| MUNICIPIO : | TELEFONO : |
| SIEM ID DIF : | DX. MEDICO : |

TIPOS DE DISCAPACIDAD :



_____ BENEFICIARIO