



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL DISTRITO FEDERAL



Folio:
Clave de formato: TDEDPD_CPD_1

NOMBRE DEL TRÁMITE:

Constancia para personas con discapacidad permanente

Ciudad de México, a

de

de

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del "Sistema Único de Registro "Incluye" para Personas con Discapacidad", el cual tiene su fundamento en el LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL (GODF 29-08-2011); ARTÍCULO 36 Y 38, FRACCIÓN I Y IV. ; REGLAMENTO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL (GODF 15-09-2008); ART 25, 30, 31 Y 32) ; LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA EL DISTRITO FEDERAL (GODF 03-10-2008); ARTÍCULO 7, 8, 9, 13, 14 Y 15. ; LINEAMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PARA EL DISTRITO FEDERAL (GODF 26-10-2009); NUMERALES 5, 10 Y 11; LEY DE ARCHIVOS DE DISTRITO FEDERAL (GODF 08-10-2008); 4. ARTÍCULOS 1, 3 FR IX, 30, FRACCIONES VI Y VII, 31, 32, 33, 34, 35, FRACCIONES VII Y VIII, 37, 38 Y 40; LEY DE DESARROLLO SOCIAL DEL DISTRITO FEDERAL (GODF 13-09-2011); ARTÍCULOS 34,36; CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. ARTÍCULOS 23, PUNTO 1, INCISO B), PUNTO 2,3 Y 4, 24, PUNTO 1 INCISOS A), 27 PUNTO 2 INCISOS D), 28 PUNTO 2, INCISOS C), 31 PUNTO 1, INCISOS A), B), PUNTO 2 Y 3; PROGRAMA DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL, LÍNEA DE ACCIÓN 21483; ESTATUTO ORGÁNICO DEL DIF- DF, EN EL DOCUMENTO ARTICULO 19 FRACCIÓN VII, XVI Y XVII. Cuya finalidad es administrar el Padrón de la Actividad Institucional de "Sistema Único de Registro "Incluye" para Personas con Discapacidad", para la expedición de constancias para la exención de pagos en los servicios públicos en el Distrito Federal y canalizaciones fuera de la institución, así como el otorgamiento de apoyos técnicos (ajustes razonables), a los cuales tienen derecho las personas con discapacidad, considerando sus actualizaciones administrativas, altas y bajas, y podrán ser transmitidos a la Comisión de Derechos Humanos, INFO-DF, Coordinación de Modernización Administrativa y Órganos de Control Para su tratamiento en el uso de sus atribuciones, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal".

Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de Solicitud de Ingreso de "Sistema Único de Registro "Incluye" para Personas con Discapacidad". Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley.

El responsable del Sistema de Datos Personales es el Director Ejecutivo de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es, Oficina de Información Pública, Av. San Francisco # 1374, 2º Piso, Col. Tlacoquemécatl del Valle, Del. Benito Juárez.

El titular de los datos podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5636 4636; correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx o www.infodf.org.mx".

CONSTANCIA QUE SOLICITA (SEÑALE CON UNA "X")

Constancia para obtención de credencial y tarjetón para transportar a personas con discapacidad	<input type="checkbox"/>	Constancia para la exención de pago de derechos por uso y explotación de suelo en áreas y vías públicas para el ejercicio comercial	<input type="checkbox"/>	Constancia para la exención del pago del transporte público operado por el Gobierno de la Ciudad de México	<input type="checkbox"/>	Constancia para tramitar placas vehiculares con el símbolo internacional de accesibilidad	<input type="checkbox"/>
Constancia para el trámite de balizamiento	<input type="checkbox"/>	Constancia para la obtención de reducciones fiscales	<input type="checkbox"/>	Constancia para la exención del programa "Hoy no Circula"	<input type="checkbox"/>	Constancia para descuento en transporte foráneo	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL INTERESADO (PERSONA FÍSICA)

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Nombre (s)

Apellido Paterno Apellido Materno

Identificación Oficial Número / Folio

(INE, Pasaporte, Cartilla, Licencia de conducir, Cédula Profesional, Cartilla militar, IMSS, ISSSTE, ISSFAM o INAPAM)

Nacionalidad

En su caso

Documento que acredite la situación migratoria y estancia legal en el país

Fecha de vencimiento Actividad autorizada a realizar

DATOS DEL FAMILIAR, TUTOR O RESPONSABLE DEL CUIDADO

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios en caso de actuar en calidad de familiar, tutor o responsable del cuidado

Nombre (s)

Apellido Paterno Apellido Materno

Identificación Oficial Número / Folio

DATOS DEL INTERESADO (PERSONA MORAL)

* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.

Denominación o razón social

Instrumento o documento con el que acredita la persona moral	
Número o Folio	Nombre del Notario, Corredor Público o Juez
Número de Notaría, Correduría o Juzgado	Entidad Federativa
Inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio	

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO O TUTOR	
* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios en caso de actuar en calidad de representante legal, apoderado, mandatario o tutor.	
Nombre (s)	
Apellido Paterno	Apellido Materno
Identificación Oficial	Número / Folio

Instrumento o documento con el que acredita la representación	
Número o Folio	Nombre del Notario, Corredor Público o Juez
Número de Notaría, Correduría o Juzgado	Entidad Federativa
Inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio	

DOMICILIO PARA OIR Y RECIBIR NOTIFICACIONES Y DOCUMENTOS EN EL DISTRITO FEDERAL			
* Los datos solicitados en este bloque son obligatorios.			
Calle	No. Exterior	No. Interior	
Colonia			
Delegación	C.P.		
Correo electrónico para recibir notificaciones	Teléfono		

REQUISITOS PARA PERSONAS FÍSICAS	
Certificado médico de discapacidad y funcionalidad, emitido por una institución del sector salud del Gobierno del Distrito Federal, IMSS o ISSSTE que cuente con los elementos de verificación (membretado, sello de la institución, firma, nombre y cédula profesional del médico que expide). Con vigencia no mayor a un año, a partir de su expedición. Además el certificado debe contar con los datos correctos de la o el derechohabiente y especificar la discapacidad o secuelas de enfermedad crónica, en original y una copia.	En caso de personas menores de edad o que el derechohabiente no pueda realizar el trámite personalmente, el responsable del cuidado de la persona con discapacidad, deberá presentar identificación oficial (Credencial para votar, Cédula Profesional, Pasaporte, Licencia para conducir, Cartilla militar, Identificación expedida por IMSS, Identificación expedida por ISSSTE, Identificación expedida por ISSFAM o Identificación expedida por INAPAM), en original y una copia.
Clave Única de Registro de Población (CURP) en copia simple.	Acta de nacimiento en original y copia simple.
Una fotografía tamaño infantil, reciente de frente e impresa en papel fotográfico, blanco y negro o a color, no enmicada, ni sellada.	Este formato debidamente requisitado
Identificación oficial (INE, Pasaporte, Licencia de conducir, Cédula Profesional, Cartilla militar, IMSS, ISSSTE, ISSFAM o INAPAM) en original y una copia.	Comprobante de domicilio en la Ciudad de México (Recibo de agua, luz, predio, teléfono, gas natural o constancia delegacional) en original y una copia simple.

REQUISITOS PARA PERSONAS MORALES	
Instrumento o documento con el que se acredita la persona moral (acta constitutiva). Original y una copia.	Identificación oficial vigente del representante de la Asociación Civil (persona moral) (INE, Pasaporte, Licencia de conducir, Cédula Profesional, Cartilla militar, IMSS, ISSSTE, ISSFAM o INAPAM) en original y una copia.
Comprobante de domicilio de la persona moral en la Ciudad de México (Recibo de agua, luz, predio, teléfono, gas natural) en original y una copia simple.	Una fotografía tamaño infantil del representante de la persona moral, de frente, papel mate, reciente, blanco y negro o a color, no enmicada, ni sellada.
Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.).	Este formato debidamente requisitado.

FUNDAMENTO JURÍDICO	
Código Fiscal del Distrito Federal, artículo 279, fracción I inciso b).	Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal, artículo 19, fracción XII.
Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal, artículo 43, fracción I.	
Costo: Artículo, fracción, inciso, subinciso del Código Fiscal del Distrito Federal	Sin costo
Documento a obtener	Constancia
Vigencia del documento a obtener	1 año apartir de la fecha de expedición
Tiempo de respuesta	15 días hábiles
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No aplica

OBSERVACIONES

En caso que se soliciten dos o más constancias se deberá entregar un formato de solicitud debidamente requisitado por cada una de ellas con su respectivo juego de copias.

Respecto a las constancias para la tramitación de Placas Vehiculares con el símbolo internacional de accesibilidad y para la exención del Programa Hoy No Circula se emitirá sólo una por persona, no por vehículo.

El trámite deberá ser realizado de forma personal o en su caso por la persona responsable del cuidado de la o el derechohabiente.

El comprobante de domicilio debe estar a nombre del derechohabiente solicitante (con discapacidad) cuando se solicite la constancia de reducción fiscal.

El comprobante de domicilio no debe tener mas de 3 meses de antigüedad.

Firma de la persona interesada en realizar el trámite "Constancia para personas con discapacidad permanente"

INTERESADO O REPRESENTANTE (en su caso)

Nombre y Firma o Huella digital(de ser el caso)

Nota: Cuando el promovente no sepa o no pueda firmar, firmará otra persona en su nombre y el interesado estampará su huella digital.

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL TRÁMITE "CONSTANCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE", DE FECHA ____ DE ____ DE ____.

El interesado entregará esta solicitud original y una copia para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Recibió (para ser llenado por la autoridad)	
Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción

**QUEJAS O DENUNCIAS**

QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.

DENUNCIA irregularidades a través del **Sistema de Denuncia Ciudadana** vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorruptcion.df.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>