

<b>NOMBRE DE PROGRAMA</b>	<b>JALISCO INCLUYENTE</b>
<b>PROGRAMA</b>	ESTATAL
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<p>Es un Programa que tiene como objetivo general fomentar la integración social plena de las personas con alguna discapacidad física que se encuentren en condiciones de pobreza a través de la entrega en especie de artículos que faciliten el desarrollo de su vida cotidiana en condiciones de dignidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover la incorporación social y el desarrollo de las personas con discapacidad en el Estado de Jalisco.</li> <li>2. Entregar apoyos en especie de artículos para discapacitados a este segmento de la población en condiciones de desventaja que presenten y acrediten por medio de los mecanismos establecidos y aprobados, algún tipo de discapacidad.</li> </ol>
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Todas las personas que tengan discapacidad motora y/o auditiva, que residan en el ámbito rural o urbano de conformidad con los criterios y requisitos de elegibilidad establecidos en las presentes Reglas de Operación.
<b>TIPO DE APOYO</b>	Discapacidad Tipo de Apoyo Auditiva y de lenguaje Auxiliar auditivo para pérdidas auditivas sensoriales y conductivas. Motora Sillas de ruedas.
<b>COBERTURA</b>	Este Programa tiene una cobertura estatal en los 125 municipios de Jalisco, conforme a la disponibilidad presupuestal del ejercicio fiscal correspondiente y opera en donde habita la población objetivo, dando prioridad a la población en situación de pobreza, rezago social y/o grupos indígenas.
<b>BENEFICIARIOS</b>	<p><b>CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y REQUISITOS.</b></p> <p>Ser habitante del Estado de Jalisco.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobante de domicilio, con una antigüedad no mayor a 2 meses. En caso de no contar con algún comprobante presentar carta de residencia con fotografía emitida por la autoridad correspondiente.</li> <li>2. Copia de la identificación oficial con fotografía. En caso de personas con discapacidad y que sean menores de edad, necesitarán una copia de identificación Oficial con fotografía de alguno de los padres, o documento original que acredite la custodia del menor.</li> </ol> <p>Presentar algún tipo de discapacidad permanente: auditiva o motriz. Certificación original con sello y firma, de discapacidad permanente por parte del sector de salud pública. No recibir ningún tipo de apoyo equivalente al solicitado, económico o en especie de ningún programa federal, estatal o municipal, ni de organismos públicos o privado. Firmar carta bajo protesta de decir verdad de no ser beneficiado por ningún otro programa similar. Encontrarse en condiciones de pobreza y/o rezago social Presentar el formato de estudio socioeconómico que demuestre la necesidad del apoyo. No ser servidor público en activo</p>
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	Se seleccionará a los solicitantes que cumplan con los requisitos del Programa, y se les dará el apoyo en especie de acuerdo al registro y suficiencia presupuestal.
<b>CASUALES DE BAJA</b>	<p>Será motivo de cancelación inmediata del apoyo, cuando se presenten los siguientes supuestos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando se compruebe que el beneficiario proporcionó datos falsos.</li> <li>2. Presentar en dos o más ocasiones su solicitud de ingreso al programa, si ya fue beneficiario; y</li> <li>3. Por fallecimiento del beneficiario.</li> </ol>

<b>RESPONSABLE DE SU EJECUCIÓN (SECRETARIA/ DEPARTAMENTO)</b>	<b>DESARROLLO SOCIAL</b>
<b>CONTACTO</b>	74 1 20 81