



PERIÓDICO OFICIAL

DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO

Fundado en 1867

Las leyes y demás disposiciones son de observancia obligatoria por el solo hecho de publicarse en este periódico. Registrado como artículo de 2a. clase el 28 de noviembre de 1921.

Directora: Lic. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

Juan José de Lejarza # 49, Col. Centro, C.P. 58000

NOVENA SECCIÓN

Tels. y Fax: 3-12-32-28, 3-17-06-84

TOMO CLXXXII

Morelia, Mich., Jueves 2 de Febrero de 2023

NÚM. 21

CONTENIDO

PODEREJECUTIVO DEL ESTADO

ACUERDO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DEL ACUERDO QUE ESTABLECE EL PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y SUS REGLAS DE OPERACIÓN

ALFREDO RAMÍREZ BEDOLLA, Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, en el ejercicio de las facultades que al Ejecutivo a mi cargo confieren los artículos 47, 60 fracción XXIII, 62, 65 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; 3, 5, 6 y 9 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; 3º, 5º, 7º, 20 y 26 de la Ley de Planeación del Estado de Michoacán de Ocampo; y, 4 fracciones II y VI, 50 y 51 de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán; y,

CONSIDERANDO

Que en el marco del Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán 2021- 2027, en el Eje 2. Bienestar, objetivo 2.1. Garantizar el acceso a los derechos sociales a grupos históricamente vulnerados para reducir las brechas de desigualdad sociales y territoriales, en su estrategia 2.1.1. Brindar atención prioritaria a los grupos históricamente vulnerados, establece las líneas de acción siguientes:

- 2.1.1.1. Promover el goce de los derechos plenos de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, indígenas, afrodescendientes, migrantes, personas con discapacidad, personas adultas mayores, sin distinción de su orientación sexual, identidad y expresión de género.
- 2.1.1.2. Promover la coordinación interinstitucional con los diferentes órdenes de gobierno para impulsar la afiliación a programas de protección social y bienestar para niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes.
- 2.1.1.3. Armonizar el marco normativo vigente en materia de bienestar.
- 2.1.1.5. Fomentar el bienestar integral de las familias que tienen algún niño, niña y/o adolescente con padecimiento oncológico.
- 2.1.1.6. Promover la constitución y operación de instituciones de asistencia privada para brindar atención a los sectores vulnerados.

Responsable de la Publicación
Secretaría de Gobierno

DIRECTORIO

Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo
Mtro. Alfredo Ramírez Bedolla

Secretario de Gobierno
Lic. Carlos Torres Piña

Directora del Periódico Oficial
Lic. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

Aparece ordinariamente de lunes a viernes.

Tiraje: 40 ejemplares

Esta sección consta de 24 páginas

Precio por ejemplar:

\$ 33.00 del día

\$ 43.00 atrasado

Para consulta en Internet:

www.periodicooficial.michoacan.gob.mx

www.congresomich.gob.mx

Correo electrónico

periodicooficial@michoacan.gob.mx

Que con fecha 11 de abril de 2022, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, el Acuerdo que establece el Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y sus Reglas de Operación, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de las niñas y niños que por su condición de salud tienen la necesidad de acudir al área de oncología pediátrica y que dedican la mayor parte de su tiempo a los cuidados de dicho menor.

Que de acuerdo con información del INEGI, para el año 2020 en el Estado de Michoacán de Ocampo, después de las enfermedades del corazón y diabetes mellitus, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en mujeres y la segunda causa de muerte en mujeres de 25 a 44 años. Dentro de los diferentes tipos de cáncer que se padecen, el de mama y cervicouterino son los de mayor incidencia.

Que asimismo, conforme a información de la Secretaría de Salud federal, para el año 2020 el 91.14 por ciento de las mujeres que fueron madres, se encontraban en el rango de edad de entre 15 y 35 años, por tanto, partiendo de esta información, se estima que en más del 90 por ciento de los casos, las mujeres de hasta 53 años, pueden tener en su hogar un hijo o hija menor de edad.

Que ser una mujer con cáncer de mama y/o cervicouterino y además ser cuidadora de personas menores de edad, son factores que la colocan en un estado de mayor vulnerabilidad.

Que según datos que arroja la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el primer trimestre del 2021, el 44.9 por ciento de la población ocupada de mujeres percibía un salario mínimo o menos, mientras que, en el caso de los hombres, el porcentaje es del 26.1 por ciento.

Que ser mujer cabeza de familia, cuidadora de menores de edad y padecer cáncer, representa un desgaste económico mayor, por los gastos de: alimentación, vivienda, vestimenta y educativos de los menores, así como los gastos generados por su tratamiento y atención médica.

Que lo anterior, evidencia la situación económica crítica a la que se enfrentan las mujeres siendo que, por su condición médica, muchas veces se ven imposibilitadas para realizar jornadas de trabajo o generar ingresos económicos fijos, lo cual puede producir pérdida del patrimonio y desintegración familiar.

Que el artículo 48 en su fracción IX, de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán, establece que los programas de desarrollo social deben atender el desarrollo integral de la población michoacana, a través de programas que consideren, entre otras, la prioridad enfocada a la protección económica y social de las personas durante las enfermedades.

Que el Ejecutivo del Estado implementa una estrategia integral para mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras de pacientes de oncología pediátrica, que por lo general dedican su tiempo a los cuidados de dicho familiar, y de aquellas mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses con algún padecimiento oncológico de mama o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad, mediante el otorgamiento de apoyos económicos, atendidos en los hospitales

Infantil «Eva Sámano de López Mateos», Regional de Morelia ISSSTE y General Regional Número 1 del IMSS en Charo para el caso de los menores; y para el caso de mujeres con padecimientos oncológicos de mama y cervicouterino que sean atendidas en el Centro Estatal de Atención Oncológica del Sector Salud del Estado. Así como para las mujeres y aquellas familias michoacanas que residen en el Estado y decidan atenderse en hospitales públicos de otros Estados.

Que, en virtud de lo anterior, resulta necesario fortalecer y ampliar los beneficios del Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y sus Reglas de Operación, a fin de proporcionar la atención que requieran las mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses con algún padecimiento oncológico de mama o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad.

Por lo antes expuesto, he tenido a bien emitir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DEL ACUERDO QUE ESTABLECE EL PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y SUS REGLAS DE OPERACIÓN

Artículo Único. Se reforman la denominación del Programa; los artículos 1° y 3°, las fracciones I, XIX, XXIII, XXVII y XXVIII del artículo 4°; las fracciones I y II del artículo 9°; los artículos 11 y 12; las fracciones II y III del artículo 13; los artículos 14 y 15; la denominación de la Sección III del Capítulo III del Título Segundo; los artículos 16 y 17; las fracciones I y II del artículo 18; el artículo 19; el artículo 20; las fracciones II, III, IV, V y VI del artículo 22; las fracciones II y III del artículo 23; las fracciones VII, VIII y IX del artículo 25; la fracción III del artículo 31; y, la tabla del artículo 34; los anexos 1, 2, 3, 4 y 5; y se adicionan las fracciones II Bis y XXIX del artículo 4°; las fracciones III y IV del artículo 9°; la fracción IV del artículo 13; los artículos 14 Bis y 14 Ter; la Sección IV del Capítulo III del Título Segundo; el artículo 17 Bis; la fracción III del artículo 18; las fracciones VII y VIII del artículo 22; la fracción IV del artículo 23; los anexos 6, 7, 8, 9, 10 y 11; todos del Acuerdo que establece el Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer, para quedar como sigue:

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES Y SUS REGLAS DE OPERACIÓN

Artículo 1°. El presente programa tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de las niñas y niños que por su condición de salud tienen la necesidad de acudir al área de oncología pediátrica y que dedican la mayor parte de su tiempo a los cuidados de dicho menor; asimismo a mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses de edad, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que por su condición de salud tienen la necesidad de recibir tratamiento oncológico en algún hospital público y que no cuenten con derechohabencia alguna, por parte de las instituciones de seguridad social y además ejerzan la patria potestad, tutela o cuidado de una o más personas menores de edad, a fin de cumplir con uno de los

principales objetivos del Estado, que es procurar el bienestar de los sectores vulnerados.

Artículo 3°. La legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, institucionalidad, transversalidad, gobernanza, transparencia, rendición de cuentas, sustentabilidad e igualdad sustantiva, serán los principios rectores en la aplicación del Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y de Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor, Cuidadoras de Menores y sus Reglas de Operación.

Artículo 4°. ...

I. **Apoyo:** A la entrega de recursos económicos realizada mediante transferencia bancaria, cheque o el medio que la Secretaría determine, de manera mensual a la persona beneficiaria;

II. ...

II Bis. CEAO: Al Centro Estatal de Atención Oncológica de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo.

De la III. a la XVIII. ...

XIX. **Pago de Marcha:** Al pago por única ocasión que reciben las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras en caso de que la o el menor fallezca, siempre y cuando sean personas beneficiarias del Programa. Así como, al pago que por única ocasión recibe la persona auxiliar de la mujer, en caso de que ésta falleciera durante el tratamiento y/o vigilancia oncológica, siempre y cuando sean personas beneficiarias del Programa;

De la XX. a la XXII. ...

XXIII. **Programa:** Al Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y de Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor, Cuidadoras de Menores y sus Reglas de Operación;

De la XXIV. a la XXVI. ...

XXVII. **Secretaría de Salud:** A la instancia que ofrece servicios de Salud en el Estado y sus homologas en las demás Entidades;

XXVIII. **Subdirección:** A la Subdirección de Sectores Vulnerados de la Secretaría del Bienestar; y,

XXIX. **Transparencia:** Al indicador fundamental de la calidad de un gobierno democrático, consistente en la apertura del sector público a la divulgación de información acerca de una acción o programa.

Artículo 9°. ...

I. Fomentar el desarrollo integral de las familias cuidadoras de menores con algún padecimiento oncológico, a través de la coordinación interinstitucional;

II. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras, a través del otorgamiento de un apoyo **económico**, que favorezca la permanencia del menor diagnosticado con algún padecimiento oncológico hasta la conclusión del tratamiento y su vigilancia;

III. Fomentar la protección y el bienestar de las mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores, a través de la coordinación interinstitucional; y,

IV. Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama y/o cáncer cervicouterino invasor, cuidadoras de menores, a través del otorgamiento de un apoyo económico, que favorezca su bienestar.

Artículo 11. La población objetivo del Programa se enfocará en:

I. Madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de menores que estén en tratamiento o en vigilancia hasta por tres años después de terminado el tratamiento, en las áreas de oncología pediátrica de las Instancias de Salud; y,

II. Mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses de edad, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores, desde el momento en que reciban el resultado de patología e inicien su tratamiento y hasta tres años de vigilancia en el CEAO.

Artículo 12. La cobertura del Programa estará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la Secretaría, y comprenderá a:

I. Las familias cuidadoras michoacanas de menores, diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, que tengan al menos un año de residir en el Estado y que se encuentren en tratamiento o vigilancia médica, hasta por tres años después de terminado el tratamiento, en las Instancias de Salud; y,

II. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores que residan en el Estado, que comprueben su residencia en el mismo, de por lo menos un año y que se encuentren en tratamiento y/o vigilancia hasta por tres años.

Artículo 13. ...

I. ...

II. Para el pago de marcha;

III. Para las instancias de Salud y CEAO; y,

IV. Para las personas auxiliares.

Artículo 14. Para las personas beneficiarias, los requisitos serán los siguientes:

I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer:

a) Que la madre, padre, persona tutora y/o persona

- cuidadora de un menor con padecimiento oncológico o en vigilancia, acrediten una residencia en el Estado de cuando menos un año continuo, emitida por el ayuntamiento con fecha previa a la expedición del Certificado Médico a que se refiere este artículo;
- b) Comprobar que la o el menor a cargo, tenga edad inferior a los 17 años 11 meses de edad, con la respectiva copia simple del acta de nacimiento que contenga la CURP de la o el menor ;
- c) Verificar que la o el menor, sea parte del listado emitido por las instancias de Salud Pública del Estado o por aquellas instancias públicas de otros estados;
- d) Copia fotostática simple, legible de identificación oficial vigente de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora;
- e) Para comprobar la relación de afinidad con la o el menor se deberá presentar:
1. Madre o padre: Acta de nacimiento que contenga la CURP de la o el menor;
 2. Persona tutora: Documentación judicial que acredite tal situación emitida por la autoridad responsable; y,
 3. Persona cuidadora: Carta en la que se haga constar bajo protesta de decir verdad que la persona beneficiaria, es cuidadora o cuidador de la o el menor.
 - 3.1 Documento que demuestre la custodia provisional del menor.
- f) Copia legible de un comprobante de domicilio con una antigüedad, no mayor a tres meses;
- g) Llenar los formatos de solicitud (ANEXOS 1 y 5) y el formato para carta, en la que manifieste lo conducente, bajo protesta de decir verdad, (ANEXO 2) dirigidos a la persona titular de la Secretaría, para ser considerada persona beneficiaria del Programa; y,
- h) Presentar en original el Certificado Médico Oncológico Pediátrico debidamente membretado, emitido por la Instancia de Salud en la que la o el menor, se encuentre en tratamiento o vigilancia hasta por tres años de terminado el tratamiento, mismo que deberá contener las especificaciones siguientes:
1. La mención de ser emitido por la Instancia de Salud;
 2. Contar con los logos institucionales de cada Instancia de Salud correspondiente;
 3. La mención expresa de ser un Certificado Oncológico Pediátrico o Certificado Oncológico;
 4. Fecha de expedición;
 5. Número de expediente clínico;
 6. Nombre completo de la o el paciente;
 7. Diagnóstico, y fecha del diagnóstico;
 8. Tratamiento o manejo actual;
 9. Fecha de inicio de tratamiento o manejo actual;
 10. Nombre completo de la o el médico tratante, número de cédula profesional y firma autógrafa; y,
 11. Sello oficial de la institución.
- El certificado oncológico deberá entregarse desde la presentación de la solicitud.
- En casos en los que, la o el paciente sea dado de alta por haber cumplido los tres años de vigilancia, cuando haya cumplido la mayoría de edad o fallezca en las Instancias de Salud, éstas deberán notificarlo a la Secretaría, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes, en relación con cada uno de los supuestos del alta correspondiente.
- Una vez recibida la notificación por parte de las Instancias de Salud, la Secretaría a través de la Dirección elaborará un acta de baja del Programa, de la persona beneficiaria (ANEXO 3), la cual deberá ir acompañada de los documentos probatorios que hagan constar la causa de la baja, como son el certificado o acta de defunción.
- Para el caso de menores que fallezcan, deberá constar la documentación comprobatoria, anexa al acta de baja de la persona beneficiaria que tendrá que ser entregada por la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, durante los 10 días hábiles posteriores al deceso.
- Si se presenta el caso de recidiva o reincidencia del cáncer, antes de que cause baja por edad (17 años 11 meses) será necesario solicitar nuevamente el apoyo, siguiendo los requisitos señalados en el artículo 14 fracción I.
- Estos requisitos deberán entregarse en forma impresa y/o digital en las instalaciones de la Secretaría.
- II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores.
- a) Ser mujer de entre 18 y 64 años 11 meses de edad con cáncer de mama y/o cervicouterino, madre, tutora o cuidadora de un menor de 0 a 17 años 11 meses;

- b) Que la solicitante sea parte del listado de personas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, emitido por el CEAO;
 - c) Copia fotostática simple, legible de Identificación oficial vigente (IFE o INE, pasaporte o cédula profesional);
 - d) Recibir atención oncológica para los padecimientos de cáncer de mama y/o cervicouterino por parte del CEAO o de las unidades médicas homologas en otros Estados;
 - e) Constancia de no ser derechohabiente del IMSS o del ISSSTE;
 - f) Constancia de residencia en el Estado, emitida por la autoridad municipal, de acuerdo al domicilio en el que la solicitante manifieste habitar, previa al inicio del diagnóstico de la patología;
 - g) Comprobar la relación de afinidad y el cuidado de la o el menor de edad:
 - 1. Madre: Acta de nacimiento que contenga la CURP de la o el menor
 - 2. Persona tutora: Documentación judicial que acredite tal situación emitida por la autoridad responsable; y,
 - 3. Persona cuidadora: Carta en la que se haga constar, bajo protesta de decir verdad que la persona beneficiaria es cuidadora o cuidador de la o el menor.
 - 3.1 Documento que demuestre la custodia provisional del menor.
 - h) Copia legible de un comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses;
 - i) Llenar el formato de solicitud (ANEXO 6) dirigido a la persona titular de la Secretaría, para ser considerada persona beneficiaria del Programa; y,
 - j) Presentar en original el Certificado Médico Oncológico debidamente membretado, emitido por el CEAO o instancia de salud pública equivalente, mismo que deberá contener las especificaciones siguientes:
 - 1. La mención de ser emitido por la Instancia de Salud;
 - 2. Contar con los logos institucionales de la Instancia de Salud;
 - 3. La mención expresa de ser un Certificado Oncológico;
 - 4. Fecha de expedición;
 - 5. Número de expediente clínico;
 - 6. Nombre completo de la paciente;
 - 7. Patología;
 - 8. Fecha de diagnóstico;
 - 9. Tratamiento o manejo actual;
 - 10. Fecha de inicio de tratamiento y vigilancia según sea el caso;
 - 11. Nombre completo de la o el médico tratante, número de cédula profesional, firma autógrafa; y,
 - 12. Sello oficial de la institución.
- El certificado deberá entregarse desde la presentación de la solicitud.
- Para el caso de las mujeres que fallezcan en el CEAO, esté deberá notificarlo a la Secretaría, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes.
- En los casos en que la persona haya fallecido en su domicilio, la persona auxiliar deberá notificarlo a la Secretaría dentro de los diez días hábiles, posteriores al deceso y presentar copia del certificado o acta de defunción.
- Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación probatoria que haga constar el deceso, como son el certificado o acta de defunción (ANEXO 8).
- Artículo 14 Bis.** Las familias cuidadoras michoacanas que residan en el Estado pero que, por alguna situación, atiendan a sus menores en otras entidades federativas, que deseen participar en el Programa, deberán cumplir con los requisitos señalados en el artículo 14 fracción I y serán las responsables de verificar que el menor esté debidamente registrado en la Instancia de Salud Pública de la Entidad a la que acuda a recibir la atención médica de la que es objeto este Programa.
- De la misma manera, en los casos en que, el o la menor sea dado o dada de alta por haber cumplido los tres años de vigilancia, haya cumplido la mayoría de edad o fallezca, el responsable de notificar a la Secretaría será la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora durante los diez días hábiles de cada mes, en relación con cada circunstancia mencionada.
- La Secretaría podrá verificar en cualquier momento la veracidad de la información presentada, que su emisión haya sido hecha por las instancias de salud de otras entidades federativas.
- Artículo 14 Ter.** Las mujeres michoacanas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores que residan en el Estado, que por alguna razón decidan atenderse en otras entidades

federativas y que deseen participar en el Programa deberán cumplir con los requisitos señalados en el artículo 14 fracción II. Serán las responsables de verificar su debido registro en el CEAO al que acuda a recibir la atención médica, objeto de este Programa.

La Secretaría podrá verificar en cualquier momento la veracidad de la información presentada, ante las Unidades Médicas de las Secretarías de Salud de otras entidades federativas.

Artículo 15. Para el pago de marcha los requisitos serán los siguientes:

I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.

- a) Haber sido una persona beneficiaria del Programa;
- b) Solicitud por escrito de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, dirigida a la persona titular de la Secretaría, en un plazo no mayor a 10 días hábiles, posteriores a la fecha del fallecimiento (ANEXO 1);
- c) Copia del acta de defunción de la o el menor; y,
- d) El pago de marcha se entregará de manera directa a la persona beneficiaria, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa y bajo el siguiente procedimiento:

1. En cualquiera de los casos en los que la o el paciente haya fallecido en alguna de las instancias de salud o en su domicilio, la persona beneficiaria deberá notificarlo a la Secretaría dentro de los diez días hábiles posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción. En caso de no informarlo durante este periodo, se perderá el derecho a este apoyo;

Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja del Programa, de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria del deceso, para con ello tramitar el pago de marcha;

2. La persona beneficiaria, registrada en el Programa podrá cobrar por única vez el apoyo económico de Pago de Marcha;
3. Dicho pago se otorgará a la persona beneficiaria, bajo el procedimiento que la Secretaría determine y una vez que se haya cumplido en tiempo y forma con la documentación solicitada; y,
4. Para la emisión del Pago de Marcha, será indispensable que la persona beneficiaria, no haya recibido ningún apoyo, posterior a la fecha de fallecimiento de la o el menor.

II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores.

- a) Haber sido una persona beneficiaria del Programa;
- b) Solicitud por escrito de la persona auxiliar, dirigida a la persona titular de la Secretaría, en un plazo no mayor a diez días hábiles, después del fallecimiento (ANEXO 6);
- c) Adjuntar copia del certificado o acta de defunción de la beneficiaria; y,
- d) El pago de marcha se entregará de manera directa a la persona auxiliar registrada, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa y bajo el procedimiento siguiente:

1. En cualquiera de los casos en los que la paciente fallezca en el CEAO o en su domicilio, la persona auxiliar deberá notificar a la Secretaría dentro de los diez días hábiles posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción, que lo certifique, en caso de no informarlo durante este periodo, se perderá el derecho a este apoyo;
2. Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja del Programa, de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria que haga constar el deceso;
3. Dicho pago se otorgará a la persona beneficiaria bajo el procedimiento que la Secretaría determine y una vez que la persona auxiliar haya cumplido en tiempo y forma con la entrega de la documentación referida; y,
4. Para la emisión del Pago de Marcha, será indispensable que la persona auxiliar, no haya recibido ningún apoyo posterior a la fecha de fallecimiento de la beneficiaria.

SECCIÓN III

PARA LAS INSTANCIAS DE SALUD Y EL CEAO

Artículo 16. Para las Instancias de Salud y el CEAO, los requisitos serán los siguientes:

I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.

- a) Proporcionar un listado actualizado de los pacientes menores de edad en tratamiento oncológico o vigilancia médica, que contenga las especificaciones siguientes:
 1. Número de niñas y niños de 0 a 17 años

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 11 meses atendidos por cáncer; 2. Clave de la Entidad; 3. Clave del Municipio; 4. Nombre completo del menor; 5. CURP; 6. Sexo; 7. Edad; 8. Fecha de nacimiento; 9. Domicilio actual; 10. Teléfono de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora; 11. Correo electrónico de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora; 12. Nombre de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora; 13. Diagnóstico; 14. Fecha del diagnóstico; 15. Estado actual (en tratamiento o vigilancia); 16. Tiempo que lleva en tratamiento; 17. Tiempo que lleva en vigilancia; 18. Fecha de defunción, (según sea el caso); 19. Número de expediente; y, 20. Recaída o recidiva, (según sea el caso). | <p>padecimiento oncológico, referente a la patología de cáncer de mama y/o cervicouterino que estén en tratamiento oncológico o vigilancia médica hasta por tres años, a partir de la fecha de patología, que contenga las especificaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número consecutivo; 2. Número de expediente; 3. Nombre completo de la paciente; 4. CURP de la paciente; 5. Edad; 6. Fecha de diagnóstico; 7. Diagnóstico; 8. Tipo de cáncer; 9. Estado actual (en tratamiento o vigilancia); 10. Fecha de inicio de tratamiento y/o vigilancia; 11. Tipo de tratamiento; 12. Afiliación; 13. ID, clave SICAM; 14. T/A/D/AB/CP/TF; 15. Defunción por cáncer; 16. Recaída según sea el caso; y, 17. Teléfono de la paciente. |
|---|---|

Este listado deberá ser entregado de manera mensual dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes o en su caso, reportar cuando se hayan cumplido los tres años de vigilancia, así como los casos de baja del Programa por edad o de fallecimiento; y,

- b) Expedir en tiempo y forma un certificado oncológico pediátrico por paciente, que contenga los datos señalados en el artículo 14 fracción I inciso h) del Programa.
- II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores.
- a) Expedir en tiempo y forma el certificado médico oncológico por cáncer de mama y/o cervicouterino invasor por paciente, que contenga los datos señalados en el artículo 14 fracción II inciso j) del Programa; y,
 - b) Proporcionar un listado actualizado de las mujeres de entre 18 a 64 años 11 meses de edad con algún

Este listado deberá ser entregado de manera mensual dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes o en su caso, reportar los casos de baja del Programa por edad o fallecimiento.

Artículo 17. Para las Instancias de Salud y CEO de la Secretaría de Salud de otros Estados en donde las personas que pretendan ser beneficiarias reciban la atención médica, objeto de este Programa, la Secretaría determinará los medios de verificación correspondientes que comprueben la información presentada.

**SECCIÓN IV
PARA LAS PERSONAS AUXILIARES**

Artículo 17 Bis. Los requisitos de las personas auxiliares serán los siguientes:

- I. Copia fotostática simple, legible de identificación oficial vigente tales como IFE o INE, pasaporte o cédula profesional;
- II. Acta de nacimiento legible que contenga la CURP; y,
- III. Copia legible de un comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.

Si al momento de la solicitud de ingreso la persona beneficiaria no cuenta con alguna persona auxiliar, podrá registrarla en los primeros diez días posteriores a la solicitud.

Artículo 18. ...

- I. Estar interesada(o) en recibir el apoyo del Programa;
- II. Ser madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de algún o alguna menor que esté en tratamiento o en vigilancia hasta por tres años, después de terminado el tratamiento en el área de oncología pediátrica de las Instancias de Salud Públicas; y,
- III. Ser mujer de entre 18 y 64 años 11 meses de edad con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores, que estén en tratamiento o vigilancia hasta por tres años de terminado el tratamiento en el área de oncología del CEAO.

Artículo 19. Las personas solicitantes que cumplan en tiempo y forma con los requisitos y criterios de elegibilidad podrán acceder a los apoyos que, de acuerdo a la modalidad, serán los siguientes:

- I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.
 - a) La cantidad de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) mensuales mientras la o el menor esté en tratamiento o en vigilancia hasta por tres años, posteriores a la terminación del tratamiento en las áreas de oncología pediátrica de las Instancias de Salud; y,
 - b) Pago único de Marcha de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) en el caso del fallecimiento de la o el menor, debiendo adjuntar copia de la respectiva acta o certificado de defunción.

El apoyo se otorgará mensualmente, de acuerdo con la actualización del listado que reporten las Instancias de Salud en el Estado, y para el caso de las familias michoacanas que se atiendan en otras entidades federativas, será conforme a la verificación correspondiente.

El apoyo se entregará a través de transferencia bancaria, cheque o medio que determine la Secretaría a la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa.

- II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores:
 - a) La cantidad de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) mensuales, equivalente a la línea de bienestar mínimo que determina el CONEVAL, mientras la paciente esté en tratamiento o en vigilancia, hasta por tres años, posteriores a la terminación del tratamiento en las áreas de oncología del CEAO y de instancias equivalentes en otros Estados; y,
 - b) Pago único de Marcha de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) en el caso del fallecimiento de la paciente, debiendo adjuntar copia de la respectiva acta o certificado de defunción.

El apoyo se otorgará mensualmente, de acuerdo

con la actualización del listado que reporte el CEAO y para el caso de las pacientes que se atiendan en otros estados, de la verificación correspondiente.

El apoyo se entregará de manera directa a la persona auxiliar registrada previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa.

En los casos en los que la beneficiaria no pueda presentarse porque su condición médica no se lo permite, la Secretaría podrá entregar el apoyo a la persona auxiliar hasta por un mes después, siempre y cuando cumpla con los requisitos siguientes:

Del cobro por parte de la persona auxiliar:

1. Escrito libre donde manifieste su imposibilidad para asistir al cobro, así como la autorización a la persona auxiliar para realizarlo, además de entregar una foto impresa y en archivo digital de la persona auxiliar, con dicho anexo.

El apoyo quedará suspendido (sin ser acumulativos o acumulativos los pagos), en cualquiera de los casos, cuando se omita o no se entregue dicho anexo de manera consecutiva, en los casos en que la beneficiaria o la auxiliar no puedan acudir por el pago. En dicho supuesto, se les informará mediante oficio la suspensión del apoyo;

2. En los casos en que se haya suspendido el apoyo, la persona beneficiaria o la persona auxiliar podrán solicitar la reincorporación o reactivación al Programa, en cualquier momento del ejercicio fiscal. Para tal efecto, deberán presentar la documentación requerida; y,
3. Una vez entregada la documentación completa y que haya procedido, la reincorporación, la reactivación se aplicará a partir del mes siguiente.

Artículo 20. La entrega de recursos a las personas beneficiarias se realizará a través de una institución bancaria, mediante transferencia, cheque o el medio que la Secretaría determine mensualmente.

Cada entrega de recursos deberá estar soportada con recibo simple firmado en original (ANEXOS 4 y 9 según corresponda) el cual deberá ser entregado de manera mensual en las instalaciones de la Secretaría, específicamente en la Dirección.

Artículo 22. ...

- I. ...
- II. Acreditar ser mujer de 18 a 64 años 11 meses de edad con cáncer de mama y/o cáncer cervicouterino invasor en tratamiento o vigilancia hasta por tres años, atendidas en el CEAO, cuidadoras de menores;
- III. Proporcionar, bajo protesta de decir verdad, sus datos

personales y la información que se requiera, de acuerdo con el Programa (ANEXO 2 y 7);

- IV. Cumplir con la entrega oportuna de la documentación requerida;
- V. Abstenerse de transferir los beneficios y obligaciones, materia del Programa, así como destinar el apoyo a fines distintos del objeto del mismo;
- VI. Participar en el mecanismo que determine la Secretaría para recibir el apoyo;
- VII. Para las y los pacientes oncológicos que se atiendan en otros Estados y que se encuentren en tratamiento, deberán presentar el Certificado Médico Oncológico cada doce meses, el cual deberá acreditar el estado actual y en su caso contener, sin excepción alguna, la fecha de inicio de vigilancia, lo anterior con la finalidad de probar la concordancia con la temporalidad de la vigilancia establecida en el presente Programa; y,

VIII. Las demás que se establezcan en el Programa.

Artículo 23. ...

- I. ...
- II. Cuando las personas beneficiarias hayan presentado documentación apócrifa o proporcionado información falsa; **lo anterior**, con independencia de las consecuencias en que puedan incurrir, con motivo de las denuncias y/o aquellas que se presenten ante las autoridades competentes;

III. Que las personas beneficiarias no cumplan con el mecanismo que la Secretaría determine para la entrega de los apoyos; y,

IV. Para las y los pacientes oncológicos que se atiendan en otros Estados será motivo de baja temporal del Programa, no presentar el Certificado Médico Oncológico anual, de conformidad a lo establecido en el presente Programa, pudiendo reingresar al mismo, una vez presentado el Certificado debidamente requisitado, sin que se genere pago retroactivo de los meses que se haya dado de baja.

Artículo 25. ...

De la I. a la VI. ...

- VII. Elaboración del Padrón. La Secretaría, a través de la Dirección, será la responsable de la elaboración del padrón de personas beneficiarias, con base en los listados remitidos por las Instancias de Salud y el CEAO, según corresponda;
- VIII. Validación de listados. La Secretaría, a través de la Dirección validará los listados proporcionados por las Instancias de Salud y el CEAO;
- IX. Entrega de Apoyos. La Secretaría, a través de la Dirección, entregará los apoyos a través de una institución bancaria mediante transferencia, cheque o el medio que determine la Secretaría, con periodicidad mensual; y,

...

Artículo 31. ...

I. a la II. ...

III. Elaborar y dar seguimiento al padrón de personas beneficiarias del Programa, así como, la validación del listado.

Artículo 34. ...

...

	Resumen Narrativo	Indicador	Descripción de Variables	Método de Cálculo	Medios de Verificación
Propósito	Contribución al fortalecimiento de la protección económica y social de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino cuidadoras de menores de edad y de las familias cuidadoras de menores con cáncer mediante el otorgamiento de un apoyo económico	Porcentaje de permanencia en el tratamiento o vigilancia de menores con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en Instituciones de Salud Pública.	A= Porcentaje de permanencia en el tratamiento o vigilancia de menores con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en Instituciones de Salud Pública. B= Total de niñas y niños con cáncer + total de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino que permanecen en el tratamiento en instituciones de salud pública. C= Total de niñas y niños con cáncer + total de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en Instituciones de Salud Pública.	A=(B/C) *100	Registros Administrativos de la Unidad Responsable.
Componente	Entrega de apoyos económicos convencionales y de marcha para familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.	Porcentaje de apoyos entregados a familias cuidadoras niñas y niños con cáncer.	A= Porcentaje de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer B= Total de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer C= Total de apoyos a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.	A=(B/C) *100	Registros Administrativos de la Unidad Responsable
Componente	Entrega de apoyos económicos convencionales y de marcha a Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad	Porcentaje de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, cuidadoras de menores de edad	A= Porcentaje de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad B= Total de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad C= Total de apoyos disponibles a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, cuidadoras de menores de edad	A=(B/C) *100	Registros Administrativos de la Unidad Responsable

ARTÍCULO TRANSITORIO

Único. El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo.

Morelia, Michoacán de Ocampo, a 23 de diciembre de 2022.

ATENTAMENTE

ALFREDO RAMÍREZ BEDOLLA
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
(Firmado)

CARLOS TORRES PIÑA
SECRETARIO DE GOBIERNO
(Firmado)

LUIS NAVARRO GARCÍA
SECRETARIO DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
(Firmado)

AZUCENA MARÍN CORREA
SECRETARIA DE CONTRALORÍA
(Firmado)

CAROLINA RANGEL GRACIDA
SECRETARIA DEL BIENESTAR
(Firmado)

COPIA SIN VALOR LEGAL



**PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER**

ANEXO 1

**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS
CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO
INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES**

Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niños y Niñas con Cáncer

Solicitud a la titular de la Secretaría del Bienestar

- Ingreso al programa
 Pago de marcha
 Otro: _____

Folio:	DD / MM / AAAA
Fecha:	

Datos de la madre, padre, tutor o persona cuidadora					
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(S)					
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA					
CURP		Sexo	F / M	Nivel académico	¿Pertenece a algún pueblo indígena?
				Estado civil	SI/NO
				Ocupación	

Datos de contacto:					
Calle:		No. Ext	No. Int		
Colonia		C.P.			
Localidad	Municipio	Entidad			
Teléfono		Correo electrónico			

Parentesco con el menor					
<input type="radio"/> MADRE, PADRE, ABUELO/A, TIO/A, HERMANO/A (+18)		<input type="radio"/> Acta de nacimiento del beneficiario	<input type="radio"/> ADOPCIÓN	<input type="radio"/> Sentencia	<input type="radio"/> Acta de adopción
<input type="radio"/> CASA HOGAR A.C.		<input type="radio"/> Credencial de elector del responsable	<input type="radio"/> Credencial de elector del responsable		
<input type="radio"/>		<input type="radio"/> Acta de nacimiento del hijo/a	<input type="radio"/> Credencial de elector del responsable		
<input type="radio"/>		<input type="radio"/> Constancia de niño en desamparo	<input type="radio"/> Semencia y/o acta de tutor		

Nombre del menor					
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(S)					
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA					
CURP		Sexo	F / M	¿Estudia?	SI / NO
				Nivel académico	



**Secretaría
del Bienestar**
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Gobierno
de Michoacán**
HONESTIDAD Y TRABAJO



**PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER**

Datos generales:	
Fecha de diagnóstico:	DD / MM / AAAA
Hospital	Hospital
Fecha de inicio de TróVig:	DD / MM / AAAA
Estado del paciente:	No. Expediente del Hospital
<input type="radio"/> HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 CHARO <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> HOSPITAL INFANTIL EVA SÁMANO DE LÓPEZ MATEOS <input type="radio"/> HOSPITAL REGIONAL DE MORELIA ISSSTE <input type="radio"/> OTRO _____	
<input type="radio"/> Tratamiento <input type="radio"/> Vigilancia <input type="radio"/> Defunción	
Fecha:	DD / MM / AAAA
Diagnóstico	
Observaciones	
Razones por las cuales desea ingresar al programa <input type="radio"/> Apoyo para la conclusión del tratamiento <input type="radio"/> Apoyo en el traslado <input type="radio"/> Apoyo para medicamentos <input type="radio"/> Complemento de ingreso económico <input type="radio"/> Apoyo para alimentos	Observaciones

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales contenidos en el presente formato están resguardados por esta Secretaría del Bienestar y protegidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento; Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Michoacán de Oaxango, y demás normatividad aplicable. Mismos que se utilizarán para operar el "PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA V/O CERVICUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES" y podrá ser incluida dentro de los informes que se elaborarán para el seguimiento de avances institucionales del Gobierno del Estado de Michoacán, los cuales serán meramente estadísticos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de <https://bienestar.michoacan.gob.mx/>, en la sección de Privacidad.

"Este programa es público y gratuito, ajeno a cualquier partido político, queda prohibida su venta y el uso para fines distintos al programa, quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades conforme a lo que dispone la ley en la materia".

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA
MADRE, PADRE, TUTOR O PERSONA
CUIDADORA**



**Secretaría
del Bienestar**
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Gobierno
de Michoacán**
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER

ANEXO 2

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y
NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O
CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niños y Niñas con Cáncer

Morelia, Michoacán, a ____ de ____ de ____

Asunto: Carta bajo protesta

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR
DEL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E.

Por medio de la presente yo C. [Nombre de la madre, padre, tutor o cuidador del

solicitante, declaro **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que todos los datos
incluidos en la solicitud son verídicos, así como mi manifestación que, al solicitar el
presente beneficio, no recibo del Gobierno Federal, Estatal o Municipal ninguna beca o
apoyo.

ATENTAMENTE

Nombre y firma de la
madre, padre, tutor o persona cuidadora



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



**PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER**

ANEXO 3

**SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN**

**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON
CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR,
CUIDADORAS DE MENORES**

Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niños y Niñas con Cáncer

Morelia, Michoacán, a ____ de ____ de ____

ACTA DE BAJA DEL BENEFICIARIO

La Secretaría del Bienestar, con fundamento en el reporte emitido por la institución de salud denominado (_____), ubicado en (_____) en el Municipio de _____ del Estado de _____, se informa la dada de **Baja del Beneficiario** (_____), del **PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES**, con número de folio (_____), quien representa al niño (a) (_____) atendido en la unidad antes citada con el número de expediente (_____), por el siguiente motivo:

- Fallecimiento del menor
- Alta médica del menor
- Cumplimiento de mayoría de edad del menor
- Cambio de domicilio

Otro: (especifique)

Lo cual se hace constar con (alta médica, certificado de defunción, acta de nacimiento u otro documento que certifique el criterio marcado anteriormente) que se anexa a continuación.

Sello de la
Secretaría del
Bienestar

Nombre y firma del director(a) de grupos prioritarios

Nombre y firma del beneficiario



**Secretaría
del Bienestar**
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Gobierno
de Michoacán**
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER

ANEXO 4

COMPROBANTE

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN
Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niños y Niñas con Cáncer

No. Folio	Nombre del Hospital	Mes y Año:	
Nombre del Beneficiario:			
Nombre del Menor:			
Mensualidad	Descripción del beneficio	Monto	
MES/ANO	Apoyo a Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer	\$---,---.00 M/N	
TOTAL:	Cantidad con letra (M/N)	\$---,---.00 M/N	

Identificador Único

ORIGINAL

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR

ANEXO 4

COMPROBANTE

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES
BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN
Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niños y Niñas con Cáncer

No. Folio	Nombre del Hospital	Mes y Año:	
Nombre del Beneficiario:			
Nombre del Menor:			
Mensualidad	Descripción del beneficio	Monto	
MES/ANO	Apoyo a Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer	\$---,---.00 M/N	
TOTAL:	Cantidad con letra (M/N)	\$---,---.00 M/N	

Identificador Único

COPIA

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA LAS FAMILIAS
DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER

ANEXO 5

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer

ESCRITO LIBRE

Morelia, Michoacán, a ____ de _____ de _____

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Quien suscribe, C. _____, del Estado de Michoacán, habitante del Municipio de _____, con el debido respeto, me dirijo a Usted para solicitarle se me integre al **PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES, en su Modalidad A. Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer**, debido a que mi hijo (a) se encuentra actualmente en Tratamiento (), Vigilancia (), en el Hospital _____, el apoyo ayudará a nuestra familia a fortalecer el cuidado de nuestro hijo (a).

Sin otro particular le reitero mi agradecimiento, quedando a sus órdenes.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma de la persona solicitante



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 6

**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON
CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR,
CUIDADORAS DE MENORES**

Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor- Cuidadoras de Menores

Solicitud a la titular de la Secretaría del Bienestar

Folio:	
Fecha:	DD / MM / AAAA

Ingreso al programa Alta de auxiliar Otro: _____

Datos de la persona solicitante.

Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(S)

Fecha de nacimiento:		Sexo	E/M	Nivel académico	¿Pertenece a algún pueblo indígena?
CURP		Estado civil		Occupación	
Número de hijos menores de edad:					
Datos de los Menores					
CURP		EDAD		NOMBRE COMPLETO DE LA/EL MENOR	

Datos de contacto:

Calle:	No. Ext	No. Int
Colonia	C.P.	Entidad
Localidad	Municipio	¿Estudia?
Teléfono	Correo electrónico	Nivel académico

Datos complementarios:

¿Habla alguna lengua indígena?:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?	
¿Pertenece a algún pueblo indígena?:	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Cuál?	
¿Tienes alguna discapacidad?:			
¿Qué tipo de discapacidad?:	Motriz <input type="radio"/>	Auditiva <input type="radio"/>	Visual <input type="radio"/>
		Psicosocial <input type="radio"/>	Intelectual <input type="radio"/>
			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Parentesco

<input type="radio"/> MADRE, P. MADRE, ABUELA, TIO(A), HERMANA(A) (+18), ESPOSA (+18) OTRO	<input type="radio"/> Credencial de elector del responsable
<input type="radio"/> OTRO	<input type="radio"/> Acta de nacimiento del beneficiario
	<input type="radio"/> Acta de nacimiento del hijo/a



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

Nombre del Auxiliar	
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(S)	
Fecha de nacimiento:	DD / MM / AAAA
Sexo	F / M
CURP	

Datos del Auxiliar:			
Calle:		No. Ext	No. Int
Colonia		C.P.	
Localidad	Municipio	Entidad	
Teléfono	Correo electrónico		

Datos generales:			
Fecha de reporte de patología:	DD / MM / AAAA	Fecha de inicio de Tratamiento:	DD / MM / AAAA
		Fecha de inicio de Vigilancia:	DD / MM / AAAA
Unidad Médica de la Secretaría de Salud		Estado del paciente:	
<input type="radio"/> SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL		<input type="radio"/> Tratamiento <input type="radio"/> Vigilancia	
OTRO _____		<input type="radio"/> Defunción	
Razones por las cuales desea ingresar al programa	<input type="radio"/> Apoyo para la conclusión del tratamiento	Fecha:	Diagnóstico
	<input type="radio"/> Apoyo en el traslado		
	<input type="radio"/> Apoyo para medicamentos		
<input type="radio"/> Complemento de ingreso económico			Observaciones
<input type="radio"/> Apoyo para alimentos			

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales contenidos en el presente formato están resguardados por esta Secretaría del Bienestar y protegidos por la ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento; Ley de Transparencia; Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Michoacán de Oaxingo, y demás normatividad aplicable. Mismsos que se utilizarán para operar el " PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CIUDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER DE MAMA Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES Y SUS REGLAS DE OPERACION" y podrá ser incluida dentro de los informes que se elaborarán para el seguimiento de avances institucionales del Gobierno del Estado de Michoacán, los cuales serán meramente estadísticos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de <https://bienestar.michoacan.gob.mx/>, en la sección de Avisos de Privacidad.

"Este programa es público y gratuito, ajeno a cualquier partido político, queda prohibida su venta y el uso para fines distintos al programa, quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades conforme a lo que dispone la ley en la materia".

Compromiso solidario del Auxiliar, bajo protesta de decir verdad manifiesto que acepto como responsable solidario del derechohabiente / beneficiario, me obligo a destinar los recursos, bajo mi responsabilidad únicamente para los requerimientos del derechohabiente/ beneficiario. Así mismo, me obligo a mantener actualizado el padrón del Bienestar, avisar del fallecimiento del derechohabiente / beneficiario, en su caso en los 10 días subsiguientes, el cambio de residencia, alta médica, así como para otorgar las facilidades para la aplicación del programa.

*En caso de ser familiar directo, firmar en el espacio FIRMA DEL RESPONSABLE, de lo contrario es indispensable la firma de dos TESTIGOS.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE		
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO	FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 7

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y
NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O
CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor
Cuidadoras de Menores

Morelia, Michoacán, a _____ de _____ de _____

Asunto: Carta bajo protesta

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR
DEL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E.

Por medio de la presente yo C.

_____, declaro **BAJO PROTESTA DE**

DECIR VERDAD, que todos los datos incluidos en la solicitud son verídicos, así como mi manifestación de que al momento de solicitar el presente apoyo, no recibo ninguna beca o beneficio de programa alguno del Gobierno Federal, Estatal o Municipal.

Nombre y firma de la persona solicitante

ATENTAMENTE



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 8
SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor Cuidadoras de Menores

Morelia, Michoacán, a ____ de ____ de ____

ACTA DE BAJA / SOLICITUD PAGO DE MARCHA DE LA PERSONA BENEFICIARIA

La Secretaría del Bienestar, con fundamento en el reporte emitido por la institución de salud denominado: _____, ubicado en:

Ocampo, se informa la dada de **Baja** de **la** **persona** **Beneficiaria:** _____, del Programa para el Bienestar de

y/o Cervicouterino Invasor, Cuidadoras de Menores con número de folio: _____, atendida en la unidad antes citada con el número de expediente _____ por el siguiente motivo:

- Fallecimiento de la beneficiaria
- Alta médica de la beneficiaria
- Cumplimiento de 64 años 11 meses
- Cambio de residencia a otro estado
- Cumplimiento de vigilancia de 3 años

Otro: (especifique)

Lo cual se hace constar con (alta médica, certificado de defunción, acta de nacimiento u otro documento que certifique el criterio marcado anteriormente) que se anexa a continuación.

Sello de la
Secretaría del
Bienestar

Nombre y firma del director(a) de grupos prioritarios

Nombre y firma del auxiliar



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 9

COMPROBANTE

BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN

Modalidad B: Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor Cuidadoras de Menores

No. Folio:		Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:			
Nombre del auxiliar:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES	\$ -,-,---,00	
TOTAL:	(-----00/100 MN) -----	\$ -,-,---,00	

RECIBI BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE SECRETARÍA DEL
BIENESTAR

ANEXO 9

COMPROBANTE

BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN

Modalidad B: Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor Cuidadoras de Menores

No. Folio:		Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:			
Nombre del auxiliar:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES	\$ -,-,---,00	
TOTAL:	(-----00/100 MN) -----	\$ -,-,---,00	

RECIBI BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE SECRETARÍA DEL
BIENESTAR

COPIA



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 10

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES

Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor Cuidadoras de Menores

ESCRITO LIBRE

Morelia, Michoacán, a ____ de _____ de 20 ____

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

La que suscribe, la C. _____ del Estado de Michoacán, habitante del Municipio de _____ con el debido respeto, me dirijo a Usted para solicitarle se me integre al **PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES, en su Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor Cuidadoras de Menores**, debido a que actualmente me encuentro en Tratamiento (), Vigilancia (), en la Unidad Médica de la Secretaría de Salud, denominada: _____.

Contar con el apoyo antes mencionado, será de gran ayuda para nuestra familia.

Sin otro particular le reitero mi agradecimiento, quedando a sus órdenes.

ATENTAMENTE

Nombre y firma de la persona solicitante



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR
DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA O
CERVICOUTERINO, CUIDADORAS DE MENORES

ANEXO 11

**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS
CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO
INVASOR, CUIDADORAS DE MENORES**

**Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor
Cuidadoras de Menores**

AUTORIZACIÓN DE COBRO

Morelia, Michoacán, a _____ de _____ de 20 _____

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Quien suscribe, la C. _____, autorizo
a _____, para que, por esta única
ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de dicho programa en
la **Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor**
Cuidadoras de Menores, debido a que, por el momento me encuentro físicamente
imposibilitada para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al mes de
_____ del año _____.

Se adjunta a la presente copia legible de mi identificación oficial y de la de mi autorizado.

BENEFICIARIA

AUXILIAR

Nombre completo, firma de la beneficiaria _____ Nombre y firma de la persona auxiliar _____

PERSONAL DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

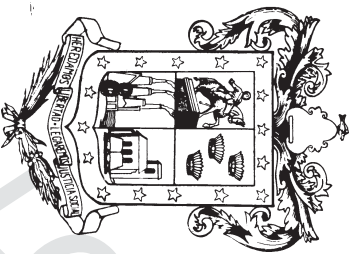
Nombre completo y firma _____



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



COPIA SIN VALOR LEGAL