Ciudad (XXXX) y fecha (XXXX)

Señor (a),

**Nombre del peticionario (familiar, operador, tercero)**

Departamento

Municipio

**ASUNTO**: Respuesta a solicitud de cupo para la Modalidad *De Tú a Tú*, según petición SIM No XXXXX de fecha XX/XX/XXXX

Señor(a) XXXXXXX,

De acuerdo con la solicitud citada en el asunto, radicada de manera presencial en la oficina de atención y servicios al ciudadano del ICBF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o por medio de los canales virtuales y telefónicos definidos por el ICBF (WhatsApp, chat, video llamada, llamada en línea, correo electrónico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a través de la cual se solicitó cupo para la niña, niño o adolescente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la Modalidad *De Tú a Tú,* la cual tiene como objetivo promover los derechos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y prevenir los riesgos de vulneración a los que puedan estar expuestos mediante el fortalecimiento de las capacidades individuales para el reconocimiento de sus derechos y la generación de acciones que posibiliten su participación e inclusión social en los diferentes entornos donde transcurren sus vidas[[1]](#footnote-1), por ende no se prestan servicios educativos ni de rehabilitación ni de atención en salud o cuidado; lo anterior en el marco de las competencias del ICBF y las Direcciones de Infancia y Adolescencia y Juventud.

Nos permitimos informar que, una vez revisados los criterios de ingreso y de priorización, y de acuerdo con la verificación de la disponibilidad de cupo en el municipio donde se presta la atención, se definió que:

La niña, niño o adolescente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ años de edad, quien presenta un diagnóstico de discapacidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que corresponde a la categoría de discapacidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cumple con los criterios de ingreso a la Modalidad *De Tú a Tú.*

No obstante, debido a que en el momento no se cuenta con disponibilidad de cupo para prestar la atención, se incluirá en **lista de espera.** Una vez se cuente con la disponibilidad, será informado(a) para realizar el trámite correspondiente de ingreso.

Cordialmente,

(Nombre y firma) (Nombre y firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Supervisor del Contrato No XXXX Enlace Regional**

**Regional XXXXXX Regional XXXXXX**

1. MO10.PP Manual Operativo Modalidad De Tú a Tú vigente. Disponible en la página web oficial del ICBF. [↑](#footnote-ref-1)