

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL

COMPONENTE CENTROS GERONTOLÓGICOS

COMPONENTE CAMPAMENTOS RECREATIVOS

RESPONSABLE DEL LLENADO

(Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Dirección _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

El tipo de servicio que recibe es: Alojamiento Alimentación Recreación

Nombre del programa social que recibe: **PROGRAMA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL**

Dependencia que lo proporciona: **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

II. SI USTED ES INTEGRANTE DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL, ESCRIBA LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre del Comité de Contraloría Social	
Número de Registro del CCS	Fecha de Registro del CCS

III. ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA.

- IV. CONSERVE UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y ENTREGUE LA ORIGINAL AL SERVIDOR PÚBLICO DE LA REPRESENTACIÓN FEDERAL DEL PROGRAMA Y SOLICITE QUE LE FIRME Y PONGA LA FECHA EN QUE SE LO RECIBE EN SU COPIA. DE SER POSIBLE SOLICITE QUE LE PONGAN UN SELLO.

- V. VERIFIQUE QUE LE ESCRIBAN UNA FECHA PROBABLE PARA QUE LE PROPORCIONEN LA INFORMACIÓN SOLICITADA. _____.

Nombre y Firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la Instancia Ejecutora que recibe la solicitud de información

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”