



**Programa de Atención a Personas con Discapacidad**

**INFORME ANUAL DE COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**

4.6 ¿Recibieron respuestas a las quejas que se entregaron a la autoridad competente?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

5. ¿De acuerdo con la información proporcionada por los servidores públicos del Programa, consideran que la localidad, la comunidad o las personas beneficiadas, cumplen con los requisitos para ser beneficiarios (as)?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

6. ¿En la elección de integrantes de los comités, tienen la misma posibilidad de ser electos hombres y mujeres?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

7. ¿El Programa beneficia en un marco de igualdad a hombres y mujeres?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8. De las siguientes preguntas, responda lo que piensa del Programa.

8.1 ¿Qué tipo de apoyo fue otorgado a través del programa?

- 1 Acciones en salud para la Atención a Personas con Discapacidad
- 2 Acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad
- 3 Acciones de Desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad

8.2 ¿Este tipo de apoyo contribuyó a solucionar el problema de las personas con discapacidad?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8.3 ¿En qué porcentaje el apoyo otorgado ha contribuido a solucionar el problema de las personas con discapacidad?

<input type="checkbox"/> 1 0%	<input type="checkbox"/> 2 20%	<input type="checkbox"/> 3 40%	<input type="checkbox"/> 4 60%	<input type="checkbox"/> 5 80%	<input type="checkbox"/> 6 100%
----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

8.4 ¿Considera que el apoyo otorgado mejoró su calidad de vida de las personas con discapacidad?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8.5 ¿Considera que este tipo de apoyos mejoran el desarrollo social del municipio, estado o país?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8.6 ¿Considera que este tipo de apoyos deben continuar?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8.7 ¿Considera que este tipo de programas que proporcionan estos apoyos son oportunos y responden a las necesidades de las personas con discapacidad?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

8.8 Si requirieran este tipo de apoyos en materia de atención a personas con discapacidad ¿volvería a solicitarlo?

Sí	1	No	0
----	---	----	---

9. Resultados adicionales o explicación de sus respuestas a las preguntas anteriores anotando número correspondiente

.....

.....

.....

Si quieres reportar algo o requieres mayor información dirígete a:

Sistema para el Desarrollo integral de la Familia - Unidad de Asistencia e Integración Social  
Prolongación Xochicalco 947, 2° piso, Colonia Santa Cruz Atoyac, Delegación Benito Juárez, C.P. 06070, Ciudad de México  
01 55 3003 2200, extensión 4012 y 1410, julio.roque@dif.gob.mx

Nombre y firma del servidor público que recibe este informe

Nombre y firma del (la) integrante del Comité