



**Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Fecha

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)

**I.- Datos generales**

Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del Comité: \_\_\_\_\_

Nombre del Proyecto: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ No. de registro del Comité de Contraloría Social

Municipio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

El apoyo que recibe del programa es:  Obra  Acción

Dependencia que lo proporciona: \_\_\_\_\_

**II.- Si usted es integrante del comité de contraloría social, escriba los siguientes datos**

Nombre del comité de Contraloría Social                      Número de Registro                      Fecha de registro del Comité

\_\_\_\_\_

**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 el original al servidor público de la representación federal del programa y solicite acuse de recibo en una copia, en la cual debe asentarse: nombre, firma, fecha en que se recibe y sello.**

**V.- Verifique que le escriban una fecha probable para que le proporcionen la información solicitada**

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo y Firma del servidor público que recibe la solicitud

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la personas que solicita la información

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma o huella digital del que solicita la información

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo y Firma del Representante Federal que recibe la solicitud de información