

FICHA INFORMATIVA DE APOYOS Y SERVICIOS

***PROGRAMA DE APOYOS PARA LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD
SUBPROGRAMA DE APOYOS A PERSONAS EN ESTADO DE NECESIDAD***

Responsable del llenado: _____

Programa Social: Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad, Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad

Localidad: _____

Municipio: _____

Estado: _____

Núm. de Registro del Comité de Contraloría Social

Esta ficha ha sido llenada por la Instancia Ejecutora del Programa, para que usted tenga la información de la obra por medio del proyecto que le corresponde para hacer Contraloría Social.

EL TIPO DE BENEFICIO A RECIBIR ES EN:

1. Servicios y consiste en:

Recibir Atención Integral (Acogimiento Residencial Temporal, Atención Médica y Nutricional de acuerdo a las necesidades médicas y de alimentación de cada beneficiario), a personas en estado de vulnerabilidad, la cual puede tener una temporalidad de 6, 12, 18, y hasta 24 meses, a través de Organizaciones de la Sociedad Civil con las que celebre convenio de concertación.

2. Apoyos y consiste en:

LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES DE ESTAS ACTIVIDADES SON:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

LA DEPENDENCIA QUE ENTREGARÁ EL APOYO ES:

- 1 Gobierno Federal 2 Gobierno del Estado 3 Municipio 4 OSC

**Nombre Cargo y Firma del Servidor
Público**

**Nombre Cargo y Firma del Integrante del
Comité de Contraloría Social**

Nombre y Sello de la Instancia Ejecutora