

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

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

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

#### I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

El apoyo que recibe del programa es:  Obra  Apoyo  Servicios

Nombre del programa social que recibe: **Programa de Apoyos para la Protección de las Personas en Estado de Necesidad**  
**Subprograma de Apoyos a Personas en Estado de Necesidad**

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*

**CONSTITUCIÓN DE COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL  
(Escrito libre)**