



ANEXO IX

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

FORMATO DE QUEJAS Y DENUNCIAS

Fecha de llenado _____

I.- Datos Generales

Responsable del llenado: _____

Programa Social: _____

Nombre del proyecto: _____

Estado: _____

No. de registro del
Comité de Contraloría Social

Municipio: _____

Localidad: _____

II.- Datos de quien presenta la queja

Nombres: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Domicilio: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

C.P. _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

III.- Echos

Describe la denuncia, queja o petición:

IV.- Personal denunciado y/o área que prestó el servicio

Nombre completo: _____

Ubicación física: _____

Cargo: _____

Área que prestó el servicio: _____

Nombre y Firma de quien presenta la queja o denuncia

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".

