

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

SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Anexo VIII

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: | <input type="checkbox"/> Obra | <input checked="" type="checkbox"/> Apoyo | <input type="checkbox"/> 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

Fecha de registro

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

Nombre, Cargo y Firma del Representante de la

CONSTITUCIÓN DE COMITÉS DE CONTRALORÍA SOCIAL
(Escrito libre)