**Anexo VI**

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

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

**Subprograma De Apoyos A Personas En Estado De Vulnerabilidad**

**RESPONSABLE DEL LLENADO** (Integrante del comité de contraloría social o beneficiario del programa)

1. **DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | | |
| **Dirección** |  | | | | |
| **Estado:** |  | **Municipio**: |  | **Localidad:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Vulnerabilidad |
| **Dependencia que lo proporciona:** | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **El tipo de apoyo que recibió consistió en:**  (Marque con una X el cuadro que corresponda) | | |
|  | Apoyos para Acogimiento Residencial Temporal | 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. |
|  | Apoyos Directo Económico Temporal | Recibir una aportación económica mensual de $2,500.00 destinada a una persona beneficiaria. |
|  | Apoyos Directo en Especie | Recibir un bien o pago de servicios vinculados principalmente con problemas de salud y carencias sociales. |

1. **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** |

1. **ESCRIBA LA PREGUNTA O LOS PUNTOS DE INFORMACIÓN QUE SOLICITA SOBRE EL PROGRAMA.**

|  |
| --- |
|  |

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.

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*** |