**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 VULNERABILIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 Vulnerabilidad | | |
| **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 APOYO QUE RECIBIO CONSISTIO 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. |

**LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES DE ESTAS ACTIVIDADES SON:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**LA DEPENDENCIA QUE ENTREGARÁ EL APOYO ES:**

Marque con una X el cuadro que corresponda:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |