

**Programa de Atención a Personas con Discapacidad**

**QUEJAS Y DENUNCIAS**

Fecha de llenado 

--	--	--

**I.- Datos Generales**

Responsable del llenado: \_\_\_\_\_  
Programa Social: Programa de Atención a Personas con Discapacidad  
Nombre del Comité: \_\_\_\_\_  
Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_  
No. de registro del Comité de Contraloría Social: \_\_\_\_\_

**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".*