



Instrucciones.- Se debe llenar en original, con letra de molde, con tinta negra de bolígrafo y utilizando letras mayúsculas. Rellene una opción u opciones según corresponda. Es indispensable proporcionar la información solicitada en las secciones: "Datos del Titular y del Co-Beneficiario" y "Domicilio". Es obligatorio presentar los documentos en original de: acta de nacimiento, identificación oficial con fotografía, CURP y constancia de domicilio.

FOLIO

Form fields for (1) NÚMERO, NOMBRE PROGRAMA CANASTA MEXIQUENSE, (2) CLAVE ORGANISMO, NOMBRE SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO

DATOS DEL BENEFICIARIO

Form fields for beneficiary data including (3) Parentesco, (4) FECHA DE ALTA, (5) Apellido paterno, (6) Apellido materno, (7) Nombre (s), (8) Fecha de nacimiento, (9) Género, (10) Estado Civil, (11) Grado de estudios, (12) Grupo vulnerable, (13) Quien emite el diagnóstico, (14) Folio, (15) Identificación oficial, (16) Folio Acta, (17) Clave Elector, (18) Nacionalidad, (19) Entidad de nacimiento, (20) Clave Única de Registro de Población CURP

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL BENEFICIARIO

Form fields for beneficiary location including (21) Calle, (22) Número exterior, (23) Número interior, (24) Entre qué calles, (25) Otra referencia del domicilio cerca de, (26) Localidad, (27) Colonia, (28) Municipio, (29) Entidad Federativa (Estado), (30) Tipo de localidad, (31) Código Postal, (32) Teléfono fijo con clave Lada, (33) Teléfono celular, (34) Correo electrónico, (35) ¿Cuántas personas habitan en su vivienda incluyendo usted?

DATOS DEL COBENEFICIARIO

Form fields for co-beneficiary data including (36) Apellido paterno, (37) Apellido materno, (38) Nombre (s), (39) Fecha de nacimiento, (40) Parentesco con beneficiario, (41) Género, (42) Estado civil, (43) Grado de estudios, (44) Identificación oficial, (45) Folio Acta, (46) Clave Elector, (47) Nacionalidad, (48) Entidad de nacimiento, (49) Clave Única de Registro de Población CURP

DATOS DE LOCALIZACIÓN DEL COBENEFICIARIO

Form fields for co-beneficiary location including (50) Calle, (51) Número Exterior, (52) Número Interior, (53) Entre qué calles, (54) Otra referencia del domicilio cerca de, (55) Localidad, (56) Colonia, (57) Municipio, (58) Entidad Federativa (Estado), (59) Código Postal, (60) Teléfono fijo con clave Lada, (61) Teléfono celular, (62) Correo electrónico

## INTEGRACIÓN FAMILIAR

N/P	(63) Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Sexo H - M	Fecha de nacimiento	Estado fisiológico	Ocupación	Parentesco
1				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
2				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
3				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
4				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
5				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Madre Soltera       Madre Embarazada       Mujer P. Lactancia       Niñas y niños menores de 5 años       Enfermo Crónico       Adulto Mayor

## CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y VIVIENDA

(64) Ocupación de jefe de familia: \_\_\_\_\_ (65) Gasto semanal: \$-\$100.00  \$101.00 A \$500.00

\$501.00 A \$1,000.00       (66) Cría animales: Si  No       (67) Destino de animales: Venta  Consumo

Venta y consumo       (68) Cultiva alimentos: Si  No       (69) Destino de los alimentos: Venta  Consumo

(70) Recibe apoyo de asistencia social: Si  No  (71) Cual: \_\_\_\_\_

(72) Condición de casa: Propia  Prestada  Rentada  La cuida

(73) Material de paredes: Adobe  Cartón  Madera  Tabique  Lamina galvanizada  Block

(74) Material del techo: Madera  Teja  Lamina de asbesto  Lamina de cartón  Nylon  Losa

(75) Material del piso: Tierra  Madera  Cemento  Loseta

(76) Obtención de agua: Potable  Pozo  Pipa  Rio  Manantial  Colecta pluvial

(77) Disposición de excretas: Letrina  Fosa séptica  A ras de suelo  Baño con drenaje

(78) Fecha de elaboración:

(79) Nombre, firma o huella del beneficiario \_\_\_\_\_

(80) Nombre y firma del encuestador \_\_\_\_\_

## (81) CROQUIS DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO CON REFERENCIA

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondiente al Programa "Canasta Mexiquense" a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, con la finalidad de acreditar la incorporación de los interesados en recibir los beneficios del Programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del mismo; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y el artículo 3 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México. Dicha base fue registrada ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y podrá ser transmitida en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y demás normatividad aplicables, además de otras transmisiones previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es el **Departamento de Nutrición Familiar** de la Dirección de Alimentación y Nutrición Familiar del DIFEM y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en Puerto de Palos esq. Álvaro Obregón s/n Col. Isidro Fabela. C.P. 50170, en Toluca, Estado de México.

Se manifiesta lo antes expuesto, en cumplimiento a los numerales sexto y décimo séptimo de los Lineamientos para el Manejo, Mantenimiento y Seguridad de los Datos personales, que se encuentran en posesión del Poder Ejecutivo del Estado de México, las dependencias y organismos auxiliares, los fideicomisos públicos y la Procuraduría General de Justicia, como los sujetos obligados de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.