

7.1.5 Formatos



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
 Dirección de Atención a la Discapacidad
 Programa "Despensa Alimenticia" "En Grande con la Discapacidad"



Formato Único de Registro

FOLIO

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

1) NÚMERO: _____ NOMBRE: DESPENSA ALIMENTICIA EN GRANDE CON LA DISCAPACIDAD "ENGRANDE"
 2) CLAVE ORGANISMO: _____ NOMBRE: SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MÉXICO

DATOS DEL BENEFICIARIO

3) FECHA DE ALTA: 0 0 / 0 0 / 0 0 4) Tipo de Discapacidad: Motora Intelectual Visual Auditiva
 5) Primer Apellido (Paterno): _____ Permamente Dx. _____
 6) Segundo Apellido (Materno): _____
 7) Nombre (s): _____
 8) Fecha de Nacimiento: 0 0 / 0 0 / 0 0 9) Género: Masculino Femenino
 10) Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anusado (U. Libre) Separado Concubinato
 11) Nacionalidad: _____ 12) Grupo Vulnerable: _____
 13) Entidad Federativa de Nacimiento: _____ 14) Grado de Estudios: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Ninguna
 Otra Cual: _____
 15) Clave Única de Registro de Población CURP: _____ 16) Acta de Nacimiento: _____
 17) Tipo de Identificación Oficial: IFE IMSS Pasaporte Acta de Nacimiento Cartilla Militar
 Otra Cual: _____ 18) Folio de Identificación Oficial: _____

DOMICILIO DEL BENEFICIARIO

19) Calle: _____ y _____ 20) Número Exterior: _____ 21) Número Interior: _____
 22) Otra referencia del domicilio cerca de: _____ 23) Código Postal: _____
 24) Localidad: _____ 25) Colonia: _____
 26) Municipio: _____ 27) Entidad Federativa (Estado): _____
 28) Teléfono fijo con Clave Lada: _____ 29) Teléfono Celular o Fax: _____
 30) Correo electrónico: _____ @ _____

DATOS DEL CO-BENEFICIARIO

31) Primer Apellido (Paterno): _____
 32) Segundo Apellido (Materno): _____
 33) Nombre (s): _____
 34) Fecha de Nacimiento: 0 0 / 0 0 / 0 0 35) Género: Masculino Femenino
 36) Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Anusado (U. Libre) Separado Concubinato
 37) Nacionalidad: _____
 38) Entidad Federativa de Nacimiento: _____
 39) Grado de Estudios: Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Ninguna
 Otra Cual: _____
 40) Clave Única de Registro de Población CURP: _____
 41) Tipo de Identificación Oficial: IFE IMSS Pasaporte Acta de Nacimiento Cartilla Militar
 Otra Cual: _____ 42) Folio de Identificación Oficial: _____

DOMICILIO DEL CO-BENEFICIARIO

43) Calle: _____ y _____ 44) Número Exterior: _____ 45) Número Interior: _____
 46) Otra referencia del domicilio cerca de: _____ 47) Código Postal: _____
 48) Localidad: _____ 49) Colonia: _____
 50) Municipio: _____ 51) Entidad Federativa (Estado): _____
 52) Teléfono fijo con Clave Lada: _____ 53) Teléfono Celular o Fax: _____
 54) Correo electrónico: _____ @ _____

(REVERSO)

INTEGRACIÓN FAMILIAR

N/P	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	H. M.	Edad	Estado Filiológico
1							
2							
3							
4							
5							

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y VIVIENDA

- (a) Ocupación de jefe de familia
- (b) Recibe apoyo de asistencia social
- (c) Material de paredes
- (d) Cuenta con agua potable
- (e) Fecha de elaboración
- (f) Condición de casa
- (g) Material de piso
- (h) Drenaje

(i) Gasto semanal \$

(j) Nombre, firma o huella del beneficiario

(k) Nombre y firma del empujador

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos correspondiente al "Programa Desarrollo Alimentario En Grande con la Discapacidad" a cargo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, con la finalidad de acreditar la incorporación en 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 14 de la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios 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 y demás normatividad aplicable, además de otras instalaciones previstas en la Ley.

La Unidad Administrativa responsable de la base de datos referida es la Dirección de Atención a la Discapacidad del DIFEM y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es en Calle Angales esquina Anadol Quintana Roo, Col. Villa Vieja C.P. 50170, en Toluca, Estado de México. Si manifiesta antes, durante o después de la inscripción de los datos, que desea ser eliminado de la base de datos de México, las dependencias y organismos auxiliares, las direcciones, teléfonos y el 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.

FD/2013/4300/716/2012



RECIBO DE ENTREGA DE PROGRAMA ALIMENTARIO EN GRANDE CON LA DISCAPACIDAD



Municipio: _____ Fecha: _____

Recibo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Este documento es un recibo de entrega de alimentos en grande con discapacidad. El beneficiario declara que los alimentos recibidos son para su consumo personal y el de su familia, y que no los venderá, intercambiará, donará, ni los utilizará para otros fines. Asimismo, declara que los alimentos recibidos son para su consumo personal y el de su familia, y que no los venderá, intercambiará, donará, ni los utilizará para otros fines. Este documento es un recibo de entrega de alimentos en grande con discapacidad. El beneficiario declara que los alimentos recibidos son para su consumo personal y el de su familia, y que no los venderá, intercambiará, donará, ni los utilizará para otros fines. Asimismo, declara que los alimentos recibidos son para su consumo personal y el de su familia, y que no los venderá, intercambiará, donará, ni los utilizará para otros fines.

Director de Atención a la Discapacidad _____ (Nombre y Firma)