AÑO DE MARGARITA MAZA PARADA"

FORMATO 1.- Estudio Socioeconómico para ingresar al Programa Municipal Alimentario.

Xicotepec

PROGRAMA MUNICIPAL ALIMENTARIO 2024 - 2027

PROGRAMA MUNICIPAL ALIMENTARIO ¡Contigo! BIEN ALIMENTADOS

DATOS GENERALES DEL POSIBLE BENEFICIARIO

1.- Fecha de elaboración (DD/MM/AAAA) ___ /___ /___

2.- Municipio: Xicotepec 3.- Localidad/Colonia _____ 4.- Edad: _____ años

5.- CURP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 6.- Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) ___ /___ /___

7.- _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

8.- Estado Civil: Soltero (a) | Casado (a) | Viudo (a) | Divorciado (a) | Unión libre | Separado (a) | Se ignora

9.- Población Indígena [SI] [NO]
10.- Población Afroamericana [SI] [NO]

11.- Sección

12.- Domicilio (Tipo de vialidad): Ampliación | Andador | Avenida | Boulevard | Calle | Callejón | Calzada | Cerrada | Circuito | Circunvalación | Corredor | Diagonal | Peatonal | Privada | Prolongación | Retorno | Ninguno

Nombre: _____

No. Exterior 1: ____ No. Exterior 2: ____ Letra del No. Exterior: ____ No. Interior: ____ Letra del No. Interior: ____

13.- Tipo de asentamiento: Barrio | Ciudad | Colonia | Conjunto Habitacional | Fraccionamiento | Manzana | Pueblo | Rancho | Sección | Localidad | Ninguno | Otro: _____

14.- Referencia Domiciliaria (de acuerdo al tipo de vialidad):

14.1.- Calle a la izquierda de la casa: _____

14.2.- Calle a la derecha de la casa: _____

14.3.- Calle de atrás de la casa: _____

15.- Ubicación o descripción del domicilio: _____

16.- ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación

17.- INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)

JEFE DE FAMILIA $ _____ ESPOSA $ _____ HIJO (A) $_____ OTROS $_____

BECAS DE ESTUDIANTE:_____ APOYO DE ADULTO MAYOR:_____ APOYO DISCAPACIDAD: _____

Ingreso mensual familiar:_____ Personas que dependen del ingreso familiar:_____

18.- EGRESOS MENSUALES

Alimentación	$_____	Transporte	$_____
Gas o Combustible	$_____	Educación	$_____
Renta	$_____	Gastos Médicos	$_____
Agua	$_____	Recreación:	$_____
Luz	$_____	Abonos y Créditos	$_____
Teléfono/cel.	$_____	EGRESO TOTAL:	

19.- APRECIACIÓN DE HABITACIÓN Y VIVIENDA

Propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( ) Casa ( ) Departamento ( ) Vecindad ( )

Tipo de vivienda

Número de cuartos ( ) Número de focos ( ) Numero de Baños completos con regadera y WC ( ) letrina ( )

Material predominante en la construcción de vivienda:

Paredes:_____ Pisos: _____ Techo: _____

20.- SERVICIOS PÚBLICOS CON LOS QUE CUENTA:

Agua Potable ( ) Drenaje ( ) Alumbrado Público ( ) Pavimento de calle ( )

MOBILIARIO:

Televisión ( ) Estufa ( ) Horno de microondas ( ) Lavadora ( ) Refrigerador ( ) Computadora ( )

Teléfonos inalámbricos ( ) Celulares ( ) Servicio de TV por cable o antena ( ) Internet ( ) Auto o Camioneta ( )

AÑO DE MARGARITA MAZA PARADA”

Xicotepec

PROGRAMA MUNICIPAL ALIMENTARIO 2024 - 2027

PROGRAMA MUNICIPAL ALIMENTARIO ¡Contigo! BIEN ALIMENTADOS

Cuentas comidas acostumbra a dar al día:

TIPO DE ALIMENTO	21.- FRECUENCIA CON LO QUE CONSUME				
	DIARIO	CADA 3ER DIAS	UNA VEZ POR SEMANA	CADA 15 DIAS	DE VEZ EN CUANDO
CARNE DE RES, PUERCO, POLLO O PESCADO					
LECHE					
HUEVO					
FRUTAS, VERDURA					
LEGUMINOSAS (Frijol,habas, lenteias)					
PASTAS, PAN					
CEREALES (TORTILLA)					
AGUA/BEBIDAS GASEOSAS					

22.- CON QUÉ SERVICIO MÉDICO CUENTA: IMSS ( ) ISSSTE ( ) ISSTEP ( ) INSABI ( ) NINGUNO ( )

¿Alguno de los integrantes de la familia padece alguna enfermedad crónica? SI ( ) NO( )

especificar:_____

ACUDE A ALGÚN MÉDICO ESPECIALISTA: médico general ( ) medicina interna ( ) ginecología ( ) cardiología ( ) ortopédia ( ) oncología ( ) pediatría ( ) psiquiatría ( ) urología ( ) nefrología ( ) terapia de rehabilitación ( )

otros, especificar: _____

¿Algunos de los integrantes de la familia padece alguna Capacidad Diversa?_____

23.- DOCUMENTACIÓN

a)Copia de la CURP actualizada del beneficiario ☐
b)Copia de identificación oficial del posible beneficiario ☐
c)Copia del comprobante de domicilio o constancia de vecindad actualizada original firmada y sellada por la autoridad (no mayor a 3 meses) ☐
d)Copia de Acta de nacimiento ☐

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

24.- NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL BENEFICIARIO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

JUAN PÉREZ CALVA
DIRECTOR DE BIENESTAR MUNICIPAL
DEL H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027
25.- NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL QUE RECABA, ACULA Y REVISA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

Sello Oficial Correspondiente

ÁNGEL SÁNCHEZ OLIVARES
DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIORITARIA
DEL H. AYUNTAMIENTO 2024 - 2027
26.- NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DACTILAR

Sello Oficial Correspondiente

27.- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales, incluyendo aquellos de carácter sensible, que sean recabados por el Gobierno Municipal de Xicotepec —con domicilio oficial en Plaza Constitución s/n, C.P. 73080, Xicotepec, Puebla, serán tratados conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos personales.
Dicha información será utilizada exclusivamente para los fines que motivaron su obtención y, en su caso, podrá emplearse con propósitos estadísticos o históricos, siempre garantizando su confidencialidad y resguardo.
El titular de los datos personales podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO), conforme a lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Para ello, podrá realizar su solicitud a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (PNT), disponible en el sitio web: www.plataformadetransparencia.org.mx

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE: OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES

28.- NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL BENEFICIARIO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

29.- DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA:

a) INE ☐
b) Constancia de Identidad ☐
c) Otro _____

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 3, 9 fracción III, 8 fracción III, 12, 29 y demás relativos aplicables a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla, la creación de Sistema de Datos Personales que tengan la finalidad exclusiva de almacenar los datos personales sensibles son datos cuando se refieran exclusivamente al filiación o tengan fines estadísticos, científicos o históricos en forma no asociada o asociada de manera el procedimiento de disociación, que no al proceso por el cual se desvinculan o eliminan algunos datos para evitar que se identifique al titular. NOTA: Este documento no tiene valor oficial, únicamente es para resguardo en la Dependencia y con fines "ACU"