

## **COORDINACION DEL PROGRAMA DE CANASTA BASICA.**

### **REQUISITOS PARA DESPENSA.**

LLENAR UN FORMATO DE CEDULA SOCIOECONOMICA ( MISMO QUE LLENA EL PERSONAL DEL DIF).

- 1.- COPIA CREDENCIAL DE ELECTOR
- 2.- COPIA ACTA DE NACIMIENTO
- 3.- COPIA CURP
- 4.- COPIA COMPROBANTE DE DOMICILIO
- 5.- 2 NUMEROS TELEFONICOS DEL BENEFICIARIO Y FAMILIAR

NOTA. AL RECOGER LA DESPENSA YA ADJUDICADA Y NO PUEDE VENIR EL BENEFICIARIO EL FAMILIAR DEBERA TRAER COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR DEL MISMO Y DEL QUE RECOGE.

## **COORDINACION DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES.**

### **REQUISITOS PARA PERTENECER A DESAYUNOS ESCOLARES.**

LLENAR UN FORMATO DE CEDULA SOCIOECONOMICA.

1. CURP DEL PAPA O MAMA SEGÚN EL QUE REGISTRO AL NIÑO
2. NOMBRE DEL NIÑO
3. DOMICILIO DEL NIÑO
4. CURP DEL NIÑO
5. PESO Y TALLA ACTUAL

SE FORMA UN COMITÉ CON MADRES DE FAMILIA DE CADA ESCUELA EN LA QUE EXISTE EL PROGRAMA DE DESAYUNOS ESCOLARES EL CUAL ESTA FORMADO DE 4 MAMAS Y ES PRESIDENTA, SECRETARIA, TESORERA Y VOCAL DE ABASTOS. EN LA CUAL CADA QUIEN TIENE SU FUNCION LA PRESIDENTA ES LA RESPONSABLE DEL COMITÉ, LA SECRETARIA ES LA QUE LLEVA TODO LO CONSERNIENTE A PAPELERIA DE CADA NIÑO Y RESPONSABLE DE TOMAR DATOS DE CADA NIÑO QUE ES BENEFICIARIO DEL PROGRAMA, LA TESORERA ES LA QUE SE ENCARGA DE COBRAR LA CUOTA DE RECUPERACION CUANDO EL NIÑO VA AL DESAYUNADOR A DEGUSTAR SU DESAYUNO O MERIENDA, LA VOCAL DE ABASTOS ES LA RESPONSABLE DE RECIBIR LOS INSUMOS ASI COMO FRUTAS Y VERDURAS CON LAS CUALES SE PREPARAN LOS DESAYUNOS. ES RESPNSABILIDAD Y OBLIGACION DEL COMITÉ DAR REPORTE DE ENTRADAS Y SALIDAS COMPROBABLES AL SITEMA DIF MADERO DE LAS ENTRADAS Y SALIDAS DE LA CUOTA DE RECUPERACION, TAMBIEN ES RESPOSNABILIDAD DEL COMITÉ DAR EN TIEMPO Y



FORMA LAS CEDULAS SOCIOECONOMICO DE CADA NIÑO PARA SER REGISTRADA EN EL PADRON QUE SE ENVIA A CIUDAD VICTORIA.

## **COORDINACION DEL PROGRAMA DE ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO**

1. CREDENCIAL DE ELECTOR
2. LLENAR UN FORMATO DE CEDULA SOCIOECONOMICA.

EN EL CUAL SE LEVANTA UN ESTUDIO SOCIOECONOMICO Y A LA VEZ SE SUBE AL PADRON DE BENEFICIARIOS.

TAMBIEN EN ESTE PROGRAMA SE HACE UN COMITÉ BAJO UN ACTA CONSTITUTIVA EN LA CUAL CONSTA DE 5 PERSONAS LAS CUALES SON ADMISTRADORA, COORDINADORA, VOCAL DE APOYO Y CONTRALORIA SOCIAL, VOCAL DE AMIMENTOS U ABASTOS, VOCAL DE DESARROLLO CUMUNITARIO.



### CÉDULA SOCIOECONÓMICA

FOLIO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	FECHA
-------	-----------	-----------	-------

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de fin: \_\_\_\_\_ Tipo de apoyo: \_\_\_\_\_

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

#### 1- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

**Nota:** El solicitante deberá ser una persona mayor de edad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

Dirección: \*Tipo de asentamiento: \_\_\_\_\_ \*Tipo de vialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del asentamiento: \_\_\_\_\_ Nombre de la vialidad: \_\_\_\_\_ No. ext. \_\_\_\_\_ No. int. \_\_\_\_\_ c.p. \_\_\_\_\_

Referencias: \*Entre tipo de vialidad 1: \_\_\_\_\_ Nombre de la vialidad 1: \_\_\_\_\_

\*Entre tipo de vialidad 2: \_\_\_\_\_ Nombre de la vialidad 2: \_\_\_\_\_

\*Tipo de vialidad posterior: \_\_\_\_\_ Nombre de la vialidad posterior: \_\_\_\_\_

Referencia del domicilio: \_\_\_\_\_

Longitud: \_\_\_\_\_ Latitud: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nac: \_\_\_\_\_ Estado de nac: \_\_\_\_\_ Municipio de nac: \_\_\_\_\_

Trabaja actualmente:  Sí  No \*Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M Estado civil:  S  C  V  D  U  SP  SI Sabe leer y escribir:  Sí  No

Nivel de estudios:	Educación inicial ( )	Jardín de niños ( )	Primaria ( )	Secundaria ( )	Medio superior ( )
	Técnico superior ( )	Profesional ( )	Posgrado ( )	Otro ( ):	

Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No

Tipo de enfermedad:  Cáncer ( )  Hipertensión ( )  Insuficiencia renal ( )  Diabetes ( )  Otro ( ):

Seguro médico:	IMSS ( )	ISSSTE ( )	PEMEX ( )	Clínica u hospital privado ( )	SSA (centro de salud) ( )
	Seguro Popular ( )	IPSET ( )	Ninguno ( )	Otro ( ):	

Padece alguna discapacidad:  Sí  No Tipo:  Motriz ( )  Auditiva ( )  Visual ( )  Mental ( )  Lenguaje ( )  Otro ( ):

Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) Carácter de la discapacidad:  Temporal ( )  Permanente ( )

Causa de la discapacidad:  Nacimiento ( )  Enfermedad ( )  Edad avanzada ( )  Accidente ( )  Otro ( ):

En este hogar, ¿Cuántas personas reciben sueldo? \_\_\_\_\_ Entre todos, ¿Cuánto ganan al mes? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero destinan al mes en gasto de... a) Agua \_\_\_\_\_ b) Luz \_\_\_\_\_ c) Comida \_\_\_\_\_

d) Gas \_\_\_\_\_ e) Internet \_\_\_\_\_ f) Transporte \_\_\_\_\_ g) Renta \_\_\_\_\_

h) Colegiaturas \_\_\_\_\_ i) Otro: \_\_\_\_\_

#### 2- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Su vivienda es:  Propia ( )  Rentada ( )  Prestada ( )  Otro ( ):

Los muros son de:  Lamina ( )  Madera ( )  Block ( )  Adobe ( )  Ladrillo ( )  Cartón ( )  Vara con lodo ( )  Otro ( ):

El techo es de:  Lámina ( )  Teja ( )  Palma ( )  Cemento ( )  Cartón ( )  Madera ( )  Otro ( ):

Los pisos son de:  Tierra ( )  Cemento ( )  Mosaico ( )  Madera ( )  Otro ( ):

La vivienda cuenta con: Recámaras  Sí  No Cuántas: \_\_\_\_\_ Comedor  Sí  No Sala  Sí  No Cocina  Sí  No Letrina  Sí  No Regadera  Sí  No Sanitario  Sí  No Patio  Sí  No Cochera  Sí  No

¿La familia duerme en el mismo cuarto?  Sí  No

¿La familia duerme en el mismo cuarto donde cocinan los alimentos?  Sí  No

En esta vivienda el agua para beber es de:  Red pública dentro de la vivienda ( )  Una pila ( )  Pozo de terreno ( )  Embotellada ( )  Otro ( ):

En esta vivienda se obtiene luz de:  Energía eléctrica ( )  Celda solar ( )  Lámpara de baterías ( )  Velas o veladoras ( )  Otro ( ):

En esta vivienda tienen huerto familiar:  Sí  No ¿Le gustaría tener uno?  Sí  No

#### 3- EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

En su vivienda cuenta con:	Lavadora ( )	Refrigerador ( )	Estufa ( )	TV ( )	Radio ( )	Computadora ( )
	Internet ( )	Boiler ( )	Grabadora ( )	DVD ( )	Celular ( )	Línea telefónica ( )
	Horno de microondas ( )	Aire acondicionado ( )	Ventilador ( )	Otro ( ):		

Combustible que utiliza para cocinar:  Leña ( )  Carbón ( )  Gas ( )  Parrilla eléctrica ( )  Otro ( ):

En este hogar, ¿tienen vehículo propio?  Sí  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

**4- INTEGRANTES DEL HOGAR**

Nota: No incluir al solicitante en esta sección.

**Datos del integrante**

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: Cáncer ( ) Hipertensión ( ) Insuficiencia renal ( )  
 Diabetes ( ) Otro ( ):

**1** \*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: Educación inicial ( ) Jardín de niños ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Medio superior ( )  
 Técnico superior ( ) Profesional ( ) Posgrado ( ) Otro ( ):

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_  
 Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_  
 Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )  
 Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

**Datos del integrante**

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: Cáncer ( ) Hipertensión ( ) Insuficiencia renal ( )  
 Diabetes ( ) Otro ( ):

**2** \*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: Educación inicial ( ) Jardín de niños ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Medio superior ( )  
 Técnico superior ( ) Profesional ( ) Posgrado ( ) Otro ( ):

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_  
 Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_  
 Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )  
 Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

**Datos del integrante**

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: Cáncer ( ) Hipertensión ( ) Insuficiencia renal ( )  
 Diabetes ( ) Otro ( ):

**3** \*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_  
 ¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: Educación inicial ( ) Jardín de niños ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Medio superior ( )  
 Técnico superior ( ) Profesional ( ) Posgrado ( ) Otro ( ):

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_  
 Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_  
 Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )  
 Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

Nota: Si son más de 3 integrantes continuar en el anexo 1, página 4.

### ANEXO 1: INTEGRANTES DEL HOGAR

Nota: No incluir al solicitante en esta sección.

#### Datos del integrante

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: 

Cáncer ( )	Hipertensión ( )	Insuficiencia renal ( )
Diabetes ( )	Otro ( ):	

4

\*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_

¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: 

Educación inicial ( )	Jardín de niños ( )	Primaria ( )	Secundaria ( )	Medio superior ( )
Técnico superior ( )	Profesional ( )	Posgrado ( )	Otro ( ):	

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_

Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_

Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )

Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

#### Datos del integrante

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: 

Cáncer ( )	Hipertensión ( )	Insuficiencia renal ( )
Diabetes ( )	Otro ( ):	

5

\*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_

¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: 

Educación inicial ( )	Jardín de niños ( )	Primaria ( )	Secundaria ( )	Medio superior ( )
Técnico superior ( )	Profesional ( )	Posgrado ( )	Otro ( ):	

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_

Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_

Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )

Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

#### Datos del integrante

\* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_  
 RFC \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M \*Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_ \*Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Padece alguna enfermedad crónica:  Sí  No Tipo: 

Cáncer ( )	Hipertensión ( )	Insuficiencia renal ( )
Diabetes ( )	Otro ( ):	

6

\*Último nivel de estudios: \_\_\_\_\_

¿Estudia actualmente?  Sí  No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a

a) Sección solo para personas que estudian actualmente:

Escolaridad actual: 

Educación inicial ( )	Jardín de niños ( )	Primaria ( )	Secundaria ( )	Medio superior ( )
Técnico superior ( )	Profesional ( )	Posgrado ( )	Otro ( ):	

Nombre de la institución donde estudia: \_\_\_\_\_

Turno:  M  V  MIX  TC Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Clave escolar: \_\_\_\_\_

Localidad de la institución: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

b) Sección solo para personas con discapacidad:

¿Padece alguna discapacidad?:  Sí  No \*Tipo de discapacidad: \_\_\_\_\_ Carácter:  Temporal ( )  Permanente ( )

Grado de la discapacidad:  Leve ( )  Moderado ( )  Severo ( ) \*Causa: \_\_\_\_\_

**5- SALUD ALIMENTARIA**

¿Cuántas comidas acostumbran hacer en su hogar? (desayuno, almuerzo, comida, cena) \_\_\_\_\_

¿Cuántos días a la semana consume...

- a) cereales y tubérculos? (arroz, harina, papa, camote, zanahoria, etc.) \_\_\_\_\_
- b) verduras? (chile, tomate, cebolla, calabaza, lechuga, etc.) \_\_\_\_\_
- c) frutas? (naranja, manzana, melón, sandía, etc.) \_\_\_\_\_
- d) leguminosas? (frijoles, chicharos, lentejas, soya, etc.) \_\_\_\_\_
- e) carne y huevo? \_\_\_\_\_
- f) lácteos? (leche, queso, yogurt, etc.) \_\_\_\_\_
- g) alimentos altos en grasa y/o azúcar? (embutidos, mayonesa, mantequilla, etc.) \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos/alimentos, ¿alguna vez usted o algún integrante de la familia ...

- |                                                                        |    |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|----|
| a) tuvieron una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? | Sí | No |
| b) dejaron de desayunar, comer o cenar?                                | Sí | No |
| c) comieron menos de lo que usted piensa que debieron comer?           | Sí | No |
| d) se quedaron sin comida?                                             | Sí | No |
| e) se quedaron con hambre?                                             | Sí | No |
| f) solo comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día?        | Sí | No |

¿Acostumbran a desayunar los integrantes menores de 15 años en este hogar?

<input type="checkbox"/> Sí	¿Dónde?	En el hogar propio o con algún familiar o conocido ( )	En la escuela, estancia o guardería ( )	Otro lugar ( ):
<input type="checkbox"/> No	¿Por qué?	No lo acostumbran ( )	No les da hambre ( )	No les alcanza el tiempo ( )
Otro ( ):				

Observaciones generales:

AVISO DE PRIVACIDAD	
¿Quiénes somos?	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tamaulipas, mejor conocido como DIF Tamaulipas, con domicilio en Calzada Gral. Luis Caballero 297, entre Úrsulo Galván y Río San Juan, colonia Tamatán, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, C.P. 87060, y portal de internet <a href="http://www.diftamaulipas.gob.mx/">http://www.diftamaulipas.gob.mx/</a> , es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:
¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?	Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Generación de un padrón de participantes y/o beneficiarios.</li> <li>● Integración y seguimiento de expedientes.</li> </ul>
¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?	Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en <a href="http://www.diftamaulipas.gob.mx/">http://www.diftamaulipas.gob.mx/</a> .

**VISTO BUENO**

Entrevistador:

Entrevistado:

Nombre y firma

Nombre y firma