



**PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
EJERCICIO FISCAL: 2025**

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Fecha de llenado:

**Responsable del llenado:**

(Enlace de Contraloría Social)

**I.- Datos Generales**

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

	Obra	Acción
El apoyo que recibe del programa es:		
Dependencia que lo proporciona:		



**II.- Si usted es integrante del comité de contraloría social, escriba los siguientes datos**

Nombre del comité de Contraloría Social	Número de Registro	Fecha de registro del Comité

**III.- Escriba la pregunta o los puntos de información que solicita sobre el programa**


**IV.- Conserve una copia de esta solicitud de información y entregue el original al servidor público de la representación federal del programa y solicite acuse de recibo en una copia, en la cual debe asentarse: nombre, firma, fecha en que se recibe y sello.**

**V.- Verifique que le escriban una fecha probable para que le proporcionen la información solicitada**

Nombre, Cargo y Firma del servidor público que recibe la solicitud

Nombre y Firma de la persona que solicita la información

Nombre y firma o huella digital del que solicita la información

Nombre, Cargo y Firma del Representante Federal que recibe la solicitud de información

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político.*

*Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.*

*"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".*