



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:

Municipio:

Localidad:

No. de registro del

Comité de Contraloría Social:

El apoyo que recibe del programa es:

Obra

Acción

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".