

H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

OCA6 Información de destinatarios y Beneficiarios de Bienes o apoyos otorgados, así como los programas sociales.

- a) Nombre o denominación del programa

PROGRAMA DE DESPENSA DEL BANCO DE ALIMENTOS

- b) Unidad Administrativa que lo coordine, otorgue y resguarde.

DIRECCIÓN DEL D.I.F MPAL.

- c) Servidor Público responsable de la entrega del apoyo.

NURIA PATRICIA JUAREZ PLIEGO

- d) Documento de requisitos y criterios para otorgarlos.

ESTUDIO SOCIECONOMICO, COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR DEL PADRE O TUTOR, COPIA DE LA CURP DEL MENOR.

- e) Documento de Padrón de beneficiados y destinatarios.

FORMATO DE REGISTRO.

- f) Monto, apoyo o bien otorgado.

EL COSTO DE ESTA DESPENSA ES DE \$ 29.00 (VEINTINUEVE PESOS 00/100 M.N.)

- g) Periodo.

SE REALIZA EL APOYO CADA 3 SEMANAS.

ENCARGADA DEL PROGRAMA DEL BCO. DE ALIMENTOS

C. NURIA PATRICIA JUAREZ PLIEGO

ELABORÒ

AUTORIZÒ

C. JOSE MARIA BONFIL OLIVAN
SECRETARIO DEL D.I.F MPAL.
AXOCHIAPAN, MORELOS

C. LETICIA CONCEPCION AMPUDIA SOSA
DIRECTORA DEL D.I.F MPAL.
AXOCHIAPAN, MORELOS

H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

FORMATO DEL BANCO DE ALIMENTOS



FECHA: _____

BANCO DE ALIMENTOS DE CUERNAVACA

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____

DOMICILIO: _____

INTEGRACIÓN FAMILIAR

No.	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
6.-			
7.-			

1.- ¿QUIEN SOSTIENE SU CASA? _____

2.- ¿DE CUANTO ES SU INGRESO MENSUAL? _____

3.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? _____

4.- ¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA SE ENCUENTRA AUSENTE? SI NO

5.- ¿RECIBE AYUDA DE ALGUNA INSTITUCIÓN? SI NO

6.- ¿CUENTA CON ALGUN TIPO DE SERVICIO MEDICO? SI NO

7.- ¿CUENTA CON SERVICIO DE AGUA ENTUBADA? SI NO

8.- ¿CUENTA CON SERVICIO DE LUZ? SI NO

EGRESO MENSUAL

EGRESO MENSUAL

CUANTO GASTA MENSUALMENTE EN:

ALIMENTACIÓN RENTA LUZ TRANSPORTE

EDUCACIÓN VESTIDO AGUA ENTRETENIMIENTO

TELÉFONO GAS TOTAL

ALIMENTACIÓN POR SEMANA

CARNE VERDURAS TORTILLA POLLO

LECHE FRUTAS PESCADO HUEVOS

PASTAS FRIJOLES CHILE CAFÉ

ARROZ REFRESCOS ALCOHOL

CONDICIONES DE VIVIENDA

NUMERO DE CUARTOS

1.- TIPO DE VIVIENDA: CASA SOLA COMPARTIDA

2.- LA CASA ES: PROPIA RENTADA PRESTADA

3.- CONSTRUCCIÓN: ADobe TABIQUE LAMINA

MADERA CARTON CONCRETO

4.- TIPO DE PISO: CEMENTO ARENA OTRO

5.- MOBILIARIO: SUFICIENTE INSUFICIENTE INDISPENSABLE

6.- SERVICIO SANITARIO: COMPLETO FOSA SEPTICA LETRINA

7.- TIPO DE TRANSPORTE: AUTOBUS AUTOMOVIL OTRO

8.- UBICACIÓN: ZONA URBANA SEMI URBANA RURAL

ESTOY CONFORME, QUE PROPORCIONARE UNA CUOTA RECUPERACIÓN, POR EL ALIMENTO QUE SE ME ASIGNE, A SI COMO ESTOY ENTERADO (A) DE QUE ALGUNO DE LOS PRODUCTOS TENDRAN FECHA DE CADUCIDAD VENCIDA.

FIRMA

