

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE GUANAJUATO
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO COMUNITARIO
COORDINACIÓN DE ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA ALIMENTARIA
PROGRAMA ASISTENCIA ALIMENTARIA GTO
ANEXO II. LISTA DE ENTREGA DE PAQUETES DE INSUMOS ALIMENTARIOS - SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE**

MUNICIPIO:

LOCALIDAD:

TEMA DE ORIENTACION DESPENSAS:

ID	ANOTAR CLAVE CURP O FECHA Y ESTADO DE NACIMIENTO	NOMBRE DE LA PERSONA BENEFICARIA	DOMICILIO	NOMBRE DE QUIEN RECIBE	PARENTESCO	FIRMA DE RECIBIDO	RECIBIO ORIENTACION SI= / NO=X	NO. DE DESPENSAS	INCIDENCIA (En caso de no entregar la despensa)	FIRMA DE TESTIGO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

«DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE EL SUSCRITO O LA PERSONA BENEFICIARIA DEL APOYO ALIMENTARIO CUMPLE LOS CRITERIOS QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 47 DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA Y QUE LA INFORMACIÓN OTORGADA EN ESTA LISTA DE ENTREGA DE PAQUETES ALIMENTARIOS ES VERÍDICA PARA QUE PUEDA SER UTILIZADA EN EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE; ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL DECLARANTE; ASIMISMO, MANIFIESTO QUE SE HAN HECHO DE MI CONOCIMIENTO LAS SANCIONES PENALES QUE SON APLICABLES A LAS PERSONAS QUE SE CONDUCEN CON FALSEDAD»

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcionen las posibles personas beneficiarias; que son recabados con la finalidad de determinar la medición de seguridad alimentaria para la gestión de algún tipo de apoyo alimentario, en materia de protección de datos personales, y que son tratados y protegidos de conformidad con los artículos 15, 32, 44, 46 y 60 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. Consulta nuestro aviso de privacidad en la página <https://dif.guanajuato.gob.mx>.

NOMBRE Y FIRMA DE LAS PERSONAS RESPONSABLES: _____

FECHA DE DISTRIBUCION: _____

«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social»

INCIDENCIA

- A) Fallecimiento
- B) No se localizó
- C) Identificación de persona que no cuenten con un medio oficial para ello
- D) Imposibilidad de localizar el domicilio
- E) Negativa a firmar baja voluntaria
- F) Negativa a la requisición de la exención
- G) Circunstancias que hacen presumir que no cumple con los parámetros establecidos
- H) Migración
- I) No se localizó al beneficiario por segunda ocasión

# Persona Beneficaria	OBSERVACIONES

NOMBRE O NOMBRES Y FIRMAS DE LOS RESPONSABLES: _____

FECHA DE DISTRIBUCIÓN: _____