

ANEXOS

1.- MODELO DE COMPROBANTE DE DOMICILIO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

_____, Quintana Roo, a de _____ de 20__

**SECRETARÍA DE BIENESTAR
DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
P R E S E N T E**

Por medio de la presente los que suscriben C.

_____ y C. _____ vecinos de la localidad de

_____ pertenecientes al municipio de

_____ del Estado de Quintana Roo, declaramos bajo protesta de

decir verdad que la C. _____ es

vecina de la (calle, manzana, privada, lote, etc.)

_____ de la (colonia, localidad,

barrio, ejido, etc.) _____ perteneciente al municipio de

_____ del Estado de Quintana Roo, del cual damos fe de

conocerla y que reside en el domicilio antes señalado por más de cinco años.

Enterados de las penas en las que incurrir quienes afirmen una falsedad, nieguen u oculten la verdad ante una autoridad pública; se extiende la presente para los fines que así convengan a la interesada.

Solicitante:

Nombre y firma

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

***Los testigos deberán anexar una copia de su Identificación oficial vigente.**

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo, a través de la Subsecretaría de Fomento a la Economía Social, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por usted, con la finalidad de llevar a cabo la operatividad del Programa Huertos del Bienestar. La información que se recabará de usted consiste en: Datos de identificación y generales, salud, vivienda y su equipamiento, condiciones económicas y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutricia" así como en los anexos, formatos, reportes, actas y solicitudes complementarias publicadas en las Reglas de Operación del Programa, los cuales, serán utilizados con la finalidad de validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad dispuestos por las reglas de operación, para ser personas beneficiarias de este programa. Se realizarán transferencias y difusión de datos personales a otros entes públicos de los tres niveles de gobierno, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas, para la realización de compulsas y la integración del padrón de personas beneficiarias, y los expedientes relativos, así como para la difusión de las acciones de desarrollo social en los medios de comunicación institucional de la Secretaría, como lo son: Redes sociales y página web oficial <http://qroo.gob.mx/sedeso/huertosdelbienestar> En caso de que usted desee manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para las finalidades o transferencias que requieren su consentimiento, podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales y Archivo de la Secretaría de Bienestar, a cargo del Mtro. Yonathan Bond Joaquín Ocaña Colín, ejerciendo sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), solicitando lo conducente ante dicha unidad administrativa, ubicada en avenida Lázaro Cárdenas #169 entre calle 5 de mayo y 16 de septiembre. Col. Plutarco Elías Calles, Cd. De Chetumal, Quintana Roo, o al correo: unidadtransparencia.sebien@gmail.com Para mayor detalle, usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente liga electrónica: <http://www.qroo.gob.mx/sedeso/aviso-de-privacidad-de-la-sedeso/>."Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".

2.- MODELO DE IDENTIFICACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

_____, Quintana Roo, a _____ de _____ de 20__

SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE QUINTANA ROO P R E S E N T E.

Por medio de la presente los que suscriben C. _____ y C. _____ vecinos de la localidad de _____ pertenecientes al municipio de _____ del Estado de Quintana Roo, bajo protesta de decir verdad manifestamos que tenemos más de cinco años de conocer a la C. _____, dando fe que es la persona identificada con el nombre que se expresa.

Enterados de las penas en las que incurrirán quienes afirmen una falsedad, nieguen u oculten la verdad ante una autoridad pública; se extiende la presente para los fines que así convengan a la interesada.

Solicitante:

Nombre y firma

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

*Los testigos deberán anexar una copia de su Identificación oficial vigente.

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la **Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo**, a través de la Subsecretaría de Fomento a la Economía Social, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por usted, con la finalidad de llevar a cabo la operatividad del Programa Huertos del Bienestar. La información que se recabará de usted consiste en: Datos de identificación y generales, salud, vivienda y su equipamiento, condiciones económicas y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutrición" así como en los anexos, formatos, reportes, actas y solicitudes complementarias publicadas en las Reglas de Operación del Programa, los cuales, serán utilizados con la finalidad de validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad dispuestos por las reglas de operación, para ser personas beneficiarias de este programa. Se realizarán transferencias y difusión de datos personales a otros entes públicos de los tres niveles de gobierno, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas, para la realización de compulsas y la integración del padrón de personas beneficiarias, y los expedientes relativos, así como para la difusión de las acciones de desarrollo social en los medios de comunicación institucional de la Secretaría, como lo son: Redes sociales y página web oficial <http://qroo.gob.mx/sedeso/huertosdelbienestar>. En caso de que usted desee manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para las finalidades o transferencias que requieren su consentimiento, podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales y Archivo de la Secretaría de Bienestar, a cargo del Mtro. Yonathan Bond Joaquín Ocaña Colín, ejerciendo sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), solicitando lo conducente ante dicha unidad administrativa, ubicada en avenida Lázaro Cárdenas #169 entre calle 5 de mayo y 16 de septiembre. Col. Plutarco Elías Calles, Cd. De Chetumal, Quintana Roo, o al correo: unidadtransparencia.sebien@gmail.com Para mayor detalle, usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente liga electrónica: <http://www.qroo.gob.mx/sedeso/avisos-de-privacidad-de-la-sedeso/>. "Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".

3.- MODELO DE POSESIÓN O TENENCIA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

_____, Quintana Roo, a _____ de _____ de 20__

**SECRETARÍA DE BIENESTAR
DEL ESTADO DE QUINTANA ROO**
P R E S E N T E.

Por medio de la presente los que suscriben C. _____ y C. _____ vecinos de la localidad de _____ pertenecientes al municipio de _____ Estado de Quintana Roo, declaramos bajo protesta de decir verdad que la C. _____ vecina de esta localidad tiene en posesión _____ cuyas medidas son _____ y que se encuentra ubicado en la (calle, manzana, lote, privada, etc.) _____ de la (colonia, localidad, barrio, ejido, etc.) _____ perteneciente al municipio de _____ del Estado de Quintana Roo.

Enterados de las penas en las que incurrirán quienes afirmen una falsedad, nieguen u oculten la verdad ante una autoridad pública; se extiende la presente para los fines que así convengan a la interesada.

Solicitante:

Nombre y firma

Testigo

Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

*Los testigos deberán anexar una copia de su Identificación oficial vigente.

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la **Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo**, a través de la Subsecretaría de Fomento a la Economía Social, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por usted, con la finalidad de llevar a cabo la operatividad del Programa Huertos del Bienestar. La información que se recabará de usted consiste en: Datos de identificación y generales, salud, vivienda y su equipamiento, condiciones económicas y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutrición" así como en los anexos, formatos, reportes, actas y solicitudes complementarias publicadas en las Reglas de Operación del Programa, los cuales, serán utilizados con la finalidad de validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad dispuestos por las reglas de operación, para ser personas beneficiarias de este programa. Se realizarán transferencias y difusión de datos personales a otros entes públicos de los tres niveles de gobierno, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas, para la realización de compulsas y la integración del padrón de personas beneficiarias, y los expedientes relativos, así como para la difusión de las acciones de desarrollo social en los medios de comunicación institucional de la Secretaría, como lo son: Redes sociales y página web oficial <http://qroo.gob.mx/sedeso/huertosdelbienestar> En caso de que usted desee manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para las finalidades o transferencias que requieren su consentimiento, podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales y Archivo de la Secretaría de Bienestar, a cargo del Mtro. Yonathan Bond Joaquín Ocaña Colín, ejerciendo sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), solicitando lo conducente ante dicha unidad administrativa, ubicada en avenida Lázaro Cárdenas #169 entre calle 5 de mayo y 16 de septiembre. Col. Plutarco Elías Calles, Cd. De Chetumal, Quintana Roo, o al correo: unidadtransparencia.sebien@gmail.com Para mayor detalle, usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente liga electrónica: <http://www.qroo.gob.mx/sedeso/avisos-de-privacidad-de-la-sedeso/> . "Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".

6.- MODELO DE SOLICITUD DE APOYO PARA EL HUERTO

“SOLICITUD DE APOYO”		
1	Nombre de la solicitante:	
2	Dirección de la solicitante (Municipio, localidad, calle, etc.):	
3	Número de teléfono celular o domiciliario*:	
4	¿Cuentas con un huerto apoyado a través de la Secretaría?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
4.1	¿Cuenta con un predio para establecer el “Huerto”?	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
5	¿El predio cuenta con agua? Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)	Especificar la dimensión: Pozo (<input type="checkbox"/>) Toma domiciliaria (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) ¿Cuál?:
6	Identificación oficial vigente	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
7	CURP	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
8	Copia de comprobante de domicilio con antigüedad no mayor a tres meses.	Sí (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
9	Manifiesto no haber recibido apoyos económicos o en especie de Dependencias del Gobierno Federal, Estatal (salvo la Secretaría) o Municipal, para los mismos conceptos que se solicitan; y que no soy servidor público en activo o en licencia, ni tampoco familiar hasta tercer grado consanguíneo o no de algún servidor público en activo o en licencia.	Firma
10	Manifiesto bajo protesta de decir verdad que el predio cuenta con una superficie de terreno susceptible de ser utilizada como Huerto, de igual forma mi conformidad de que el mismo sea verificado por trabajadores de la Secretaría y/o de la Instancia Ejecutora.	Firma
11	Manifiesto mi disposición a que se le dé seguimiento al Huerto por parte de la Instancia Ejecutora y/o personal de la Secretaría, asimismo mi disposición a participar en los cursos de capacitación que se me convoquen.	Firma

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo, a través de la Subsecretaría de Fomento a la Economía Social, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por usted, con la finalidad de llevar a cabo la operatividad del Programa Huertos del Bienestar. La información que se recabará de usted consiste en: Datos de identificación y generales, salud, vivienda y su equipamiento, condiciones económicas y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutricional" así como en los anexos, formatos, reportes, actas y solicitudes complementarias publicadas en las Reglas de Operación del Programa, los cuales, serán utilizados con la finalidad de validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad dispuestos por las reglas de operación, para ser personas beneficiarias de este programa. Se realizarán transferencias y difusión de datos personales a otros entes públicos de los tres niveles de gobierno, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas, para la realización de compulsas y la integración del padrón de personas beneficiarias, y los expedientes relativos, así como para la difusión de las acciones de desarrollo social en los medios de comunicación institucional de la Secretaría, como lo son: Redes sociales y página web oficial <http://qroo.gob.mx/sedeso/huertosedelbienestar>. En caso de que usted desee manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para las finalidades o transferencias que requieren su consentimiento, podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales y Archivo de la Secretaría de Bienestar, a cargo del Mtro. Yonathan Bond Joaquín Ocaña Colín, ejerciendo sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), solicitando lo conducente ante dicha unidad administrativa, ubicada en avenida Lázaro Cárdenas #169 entre calle 5 de mayo y 16 de septiembre, Col. Plutarco Elías Calles, Cd. de Chetumal, Quintana Roo, o al correo: unidadtransparencia.ssbien@gmail.com. Para mayor detalle, usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente liga electrónica: <http://www.qroo.gob.mx/sedeso/avisos-de-privacidad-de-la-sedeso/>. Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".

11.- CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA NÚTRICA

FOLIO: _____

DD/MM/AAAA: _____

1.- DATOS GENERALES

Nombre Completo	Apellido Paterno	Apellido Materno
Estado	Municipio	Nombre de la Localidad
Tipo de Asentamiento	Nombre del Asentamiento	Tipo de Vialidad
Calle	No. Exterior	No. Interior
Entre Calles	Descripción de la Ubicación	C.P.
	Tipo de Localidad	Rural () Urbana ()
		Teléfono (a diez dígitos)

1. INTEGRANTES DEL HOGAR

Instrucciones: Iniciar en el número uno con la persona beneficiaria y luego del mayor al menor de acuerdo a su edad, que vivan actualmente en el hogar.

N°	NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO H/M	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO D / M / A	ENTIDAD DE NACIMIENTO	CURP En caso negativo, manifestar	ESTADO CIVIL	PARENTESCO
2						/ /				
3						/ /				
4						/ /				
5						/ /				
6						/ /				
7						/ /				
8						/ /				
9						/ /				
10						/ /				

2. ESCOLARIDAD/SEGURIDAD SOCIAL

N°	NIVEL DE ESCOLARIDAD	GRADO	ASISTE A LA ESCUELA SI/NO Causa de abandono	OCUPACIÓN	SABE LEER O ESCRIBIR	TIPO DE EMPLEO	PRESTACIONES LABORALES	JUBILACIÓN O PENSIÓN	DERECHO-HABIENCIA	MOTIVO DERECHO-HABIENCIA
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

3. SALUD PERTENENCIA A UN PUEBLO INDÍGENA

N°	TIPO DE DISCAPACIDAD	ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	CONDICIONES DE SALUD	ADICIONES	ÍNDICE DE MASA CORPORAL	SE CONSIDERA INDÍGENA SI/(Pueblo indígena al que pertenece) /NO	HABLA ESPAÑOL SI/NO	LENGUA MATERNA	RECIBE ALGÚN PROGRAMA DE APOYO (CUAL)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

4. VIVIENDA Y EQUIPAMIENTO

TIPO DE CASA		MAYOR PARTE DE PISO	
1 Unifamiliar	6 U. Habitacional	1	Madera, Duela
2 Dúplex	7 Vecindad	2	Mosaico, Vinil
3 Compartida	8 Anexo a casa	3	Cemento o firme
4 Otra	9 Vivienda móvil	4	Tierra
5 Independiente	10 Refugio	5	Otros

TENENCIA		MAYOR PARTE DEL TECHO		MAYOR PARTE DE MUROS	
1 Propia	1 Concreto, losa o viguetas	1	Madera	1	Madera
2 Rentada	2 Lámina de cartón	2	Adobe	2	Adobe
3 Pagándose	3 Paja o palma	3	Ladrillo, tabique	3	Ladrillo, tabique
4 Prestada	4 Lámina de asbesto, metálica	4	Lámina Metálica, asbesto	4	Lámina Metálica, asbesto
5 Asentamiento Irregular	5 Madera, teja	5	Cartón, hule, tela, lona, etc.	5	Cartón, hule, tela, lona, etc.
6 Otro	6 Cartón, hule, tela, lona, etc.	6	Otros	6	Otros
	7 Otros				

CARACTERÍSTICAS	
Número de cuartos	Cocina separada SI / NO
Cuartos para Dormir	Cuarto de baño exclusivo SI / NO

EQUIPAMIENTO	TIENE		SIRVE	
	SI	No	SI	No
Refrigerador				
Estufa				
Video, DVD, Blue Ray				
Lavadora				
Licuadora				
Televisión				
Radio				
Sala				
Comedor				
Automóvil				
Cama				
Celular				
Motocicleta				
Computadora				
Horno				
Teléfono				
Tinaco				
Internet				

5. SERVICIOS DE VIVIENDA

ELECTRICIDAD	SANITARIO	BANO O EXCUSADO	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	AGUA
1 Con contrato	1 Drenaje	1 Descarga directa	1 Gas	1 Toma domiciliaria
2 Sin contrato	2 Fosa Séptica	2 Agua con cubeta	2 Leña o carbón	2 Toma común o fuera de la vivienda
3 Sin servicio	3 Letrina	3 Letrina seca	3 Parrilla eléctrica	3 Pipa
4 Servicio público	4 Ras de suelo	4 Pozo o hoyo	4 Gas tanque	4 Pozo, río, lago
5 Planta particular	5 Red pública	5 No tiene	5 Electricidad	5 Sin servicio
6 Panel solar	6 Tubería que va a dar a una grieta o barranca		6 Gas natural	6 Llave pública
7 No tienen	7 Tubería que da a un río, lago o mar		7 Leña o carbón sin chimenea	7 Acarrea de otra vivienda
8 Otros	8 No tiene drenaje		8 Leña o carbón con chimenea	8 Otros
	9 Otros		9 Otro combustible	
			10 Otros	

6. CONDICIONES ECONÓMICAS

APORTACIÓN MENSUAL		EGRESO SEMANAL		APOYOS EN ESPECIE	
CONCEPTO	IMPORTE	CONCEPTO	IMPORTE		
Padre	\$	Vivienda	\$	Tipo de apoyo:	
Madre	\$	Alimentación	\$	Quien lo proporciona:	
Hijos	\$	Luz	\$	Frecuencia del apoyo:	
Otro integrante de la familia	\$	Gas	\$		
Pensión Adulto Mayos* (65+)	\$	Agua	\$		
Becas (municipal, Estatal, Fed)	\$	Teléfono	\$		
Programa de gobierno	\$	Transporte	\$		
Otro tipo de ingreso	\$	Atención médica	\$		
Total mensual	\$	Otros gastos	\$		
		Celular	\$		
		Educación	\$		
		Total mensual	\$		

*Programa federal

REMESAS	
SI/ NO	
¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?	
Frecuencia del apoyo:	

IDENTIDAD	
1 CURP	<input type="checkbox"/>
2 Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/>
3 Carta de identidad	<input type="checkbox"/>
4 Identificación oficial	<input type="checkbox"/>

5. ALIMENTACIÓN

N.	Todas las preguntas inician con esta oración: EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS...	SI	NO
1.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que piensa debía comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Alguna vez se quedaron sin comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre, pero no comió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer durante un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.	CONTESTAR SI EN EL HOGAR HAY PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS	SI	NO
7.	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Alguna vez en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre, pero no comió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Algún menor de 18 años se durmió con hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Alguna vez algún menor tuvieron que disminuirle la cantidad servida en las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.	INFORMACIÓN DE DESARROLLO HUMANO	SI	NO
1	¿Le interesa algún curso o taller de capacitación? ¿Qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Sabe de la existencia de Centros de Desarrollo Comunitarios que imparten cursos en su municipio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Sabe usted que existe una Red de Apoyo para mujeres víctimas de violencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRECUENCIA						
Frecuencia	Diario	3 ó 4 veces	2 veces	1 vez	Casi nunca	Nunca
¿Cuántas comidas al día acostumbran a hacer los miembros de este hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 3 meses por falta de recursos se preocupó de que la comida se acabará?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento si algún vecino(a) se queda sin comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Referencia domiciliaria del vecino(a):						
FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE...						
Cereales o tubérculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leguminosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crane y huevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lácteos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos altos en grasa y/o azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS PREGUNTAS 1-5 OPTATIVAS						
1.- ¿Cuántas personas mayores de 12 años trabajan y tienen un jefe o superior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Cuántas personas trabajan por su cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Cuántas personas de 12 a 15 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Cuántas personas de 16 a 18 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y firma

Aviso de Privacidad: En cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, la Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo, a través de la Subsecretaría de Fomento a la Economía Social, informa que es la responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados por usted, con la finalidad de llevar a cabo la operatividad del Programa Huertos del Bienestar. La información que se recabará de usted consiste en: Datos de identificación y generales, salud, vivienda y su equipamiento, condiciones económicas y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutrición" así como en los anexos, formatos, reportes, actas y solicitudes complementarias publicadas en las Reglas de Operación del Programa, los cuales, serán utilizados con la finalidad de validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad dispuestos por las reglas de operación, para ser personas beneficiarias de este programa. Se realizarán transferencias y difusión de datos personales a otros entes públicos de los tres niveles de gobierno, en el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas, para la realización de compulsas y la integración del padrón de personas beneficiarias, y los expedientes relativos, así como para la difusión de las acciones de desarrollo social en los medios de comunicación institucional de la Secretaría, como lo son: Redes sociales y página web oficial <http://qr00.gob.mx/sedes0/huertosdelbienestar> En caso de que usted desee manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para las finalidades o transferencias que requieren su consentimiento, podrá hacerlo ante la Unidad de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales y Archivo de la Secretaría de Bienestar, a cargo del Mtro. Yonathan Bond Joaquín Ocaña Colín, ejerciendo sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), solicitando lo conducente ante dicha unidad administrativa, ubicada en avenida Lázaro Cárdenas #169 entre calle 5 de mayo y 16 de septiembre. Col. Plutarco Elías Calles, Cd. De Chetumal, Quintana Roo, o al correo: unidaddetransparencia.sebien@gmail.com Para mayor detalle, usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente liga electrónica: <http://www.qroo.gob.mx/sedes0/avisos-de-privacidad-de-la-sedes0/> Este Programa utiliza recursos públicos y es ajeno a cualquier partido e interés político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado conforme a lo que dispone la Ley de la materia".

CATÁLOGO DEL CUIS

ID	TIPO DE VIALIDAD	ID	TIPO DE ASENTAMIENTO	ID	ESTADO CIVIL	ID	CAUSAS DE ABANDONO ESCOLAR	ID	OCUPACIÓN	ID	OCUPACIÓN
1	Andador	1	Ciudad	1	Soltero (a)	1	Concluyo sus estudios	0	N / A	22	Ama de Casa
2	Avenida	2	Colonia	2	Casado(a)	2	Falta de dinero	1	Albañil	23	Pescador
3	Boulevard	3	Condominio	3	Divorciado (a)	3	Se necesitó su ayuda en trabajo o casa	2	Artesano	24	Estudiante
4	Brecha	4	Conjunto Hab	4	Viudo(a)	4	Tuvo que quedarse en casa para cuidar personas	3	Ayudante de algún oficio	ID	ESCOLARIDAD
5	Calle	5	Comunidad	5	Unión libre	5	Decidió empezar a trabajar	4	Ayudante en negocio familiar sin retribución	0	N / A
6	Calzada	6	Cuartel	6	Madre/padre soltera(o)	6	No le gusta la escuela	5	Ayudante en negocio no familiar sin retribución	1	Analfabeto
7	Camino	7	Fraccionamiento	ID	PARENTESCO	7	No hay escuela en el lugar donde vive	6	Chofer	2	Alfabeto
8	Carretera	8	Privada	0	Titular	8	La escuela está muy lejos	7	Ejidatario o Comunero	3	Preescolar
9	Cerrada	9	Rancharía	1	Cónyuge	9	Se casó	8	Empleado del gobierno	4	Primaria
10	Diagonal	10	Rancho	2	Hijo (a)	10	Maternidad o paternidad	9	Empleado del sector privado	5	Secundaria
11	Periférico	11	Región	3	Nieto (a)	11	Nunca a asistido	10	Empleado doméstico	6	Preparatoria
12	Privada	12	Residencial	4	Bisnieto (a)	12	Reprobó varias materias	11	Jornalero agrícola	7	Carrera técnica con primaria completa
13	Prolongación	13	Súpermanzana	5	Padre	13	Ambiente inseguro en la escuela y alrededores	12	Miembro de un grupo de productores	8	Carrera técnica con secundaria completa
14	Retorno	14	Unidad Hab.	6	Madre	14	Bullying	13	Miembro de una cooperativa	9	Carrera técnica con preparatoria completa
15	Ninguno	15	Zona Militar	7	Suegro (a)	15	Padres no quisieron que siga estudiando	14	Obrero	10	Licenciatura
ID	ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD	16	Ninguno	8	Hermano (a)	16	No hubo cupo	15	Patrón de un negocio	ID	TIPO DE EMPLEO
1	Nacimiento	17	9	Cuñado (a)	ID	INDICE DE MASA CORPORAL	16	Profesionista independiente	ID	N / A	
2	Enfermedad	18	10	Yerno	1	Por debajo del peso	17	Promotor de desarrollo humano	0	Asalariado	
3	Accidente	19	11	Nuera	2	Saludable	18	Trabajador por cuenta propia	1	Propio con sueldo asignado	
4	Edad Avanzada	20	12	Tío (a)	3	Sobrepeso	19	Vendedor ambulante	2	Propio sin sueldo asignado	
5	Por otra causa	21	13	Primo	4	Obeso	20	Otra ocupación	3		
6	No sabe		14	Otro	5	Obesidad extrema o de alto riesgo	21	Desempleado			

ID	CONDICIÓN DE SALUD	ID	ADICIONES	ID	PRESTACIONES LABORALES	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE
0	N / A	0	N / A	A	Incapacidad (enfermedad, accidente o maternidad)	12	Chontal Oaxaca	34	Mazahua	56	Tepehuano Norte
1	Infecciosas (Hepatitis, ETS, virus)	1	Tabaquismo	B	SAR o AFORE	13	Chontal Tabasco	35	Mazateco	57	Tepehuano Sur
2	Tumores (malignos y no malignos)	2	Alcoholismo	C	Crédito para vivienda	14	Chuj	36	Mixe	58	Texistepequeño

14	Lesiones, heridas, intoxicaciones	2	Jubilación	4	Apayapaneco	26	Kumiai	48	Qánjobál
15	Síntomas no clasificados	3	Invalidez	5	Cora	27	Ku'ahl	49	Qéchi'
ID	TIPO DE DISCAPACIDAD	4	Algún familiar en el hogar	6	Cucapá	28	K'iche'	50	Sayulteco
0	N / A	5	Muerte del asegurado	7	Cuicateco	29	Lacandón	51	Seri
1	Sensoriales y de Comunicación	6	Ser estudiante	8	Chatino	30	Mam	52	Tarahumara
2	Motrices	7	Contratación propia	9	Chichimeco	31	Matlatzinca	53	Tarasco
3	Aprendizaje y Comportamiento	8	Algún familiar de otro hogar	10	Chinanteco	32	Maya	54	Teko
4	Más de 1 discapacidad	9	Apoyo del gobierno	11	Chochotelco	33	Mayo	55	Tepehua