



SEBIEN
SECRETARÍA DE
BIENESTAR



ASAQROO
AGENCIA DE SEGURIDAD
ALIMENTARIA DE
QUINTANA ROO

ANEXO I
FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA

_____ Q. Roo a _____ de _____ de 2024.

MTRO. ALBERTO IGNACIO PERERA MEDINA
DIRECTOR GENERAL DE LA AGENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA
PRESENTE.

El (la) que suscribe el presente C. _____, nacido(a) el día ____ del mes de _____ del año ____ en la localidad de _____, Estado de _____, con domicilio en región/supermanzana _____ manzana ____ lote ____ casa ____ de la colonia _____ (adjuntando copia del comprobante de domicilio), con CURP _____ (adjuntando copia), estado civil _____, número de teléfono _____ y correo electrónico _____.

Hago de su conocimiento que habito en un domicilio junto con ____ personas, de las cuales ____ son hombres, ____ son mujeres y ____ son otros. Del total mencionado, ____ son menores de 18 años, ____ niños y ____ niñas, y declaro que, en mi hogar, (si) (no) existe algún menor de edad que **no** se encuentre registrado ante el registro civil.

Me dirijo a usted, para solicitarle su invaluable apoyo, a efecto que se me considere en el programa de **“Comemos Tod@s”**, para poder ser beneficiado por el mismo, el cual se desarrolla en nuestra comunidad con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y manifiesto bajo protesta de decir verdad que toda la información y documentación presentada para mi registro es verídica.

De igual forma manifiesto que no he recibido apoyos económicos de otras dependencias públicas para los mismos fines del programa **“Comemos Tod@s”** y que mi solicitud (si) (no) es un caso extraordinario.

Asimismo, acepto y reconozco el contenido de las Reglas de operación del Programa **“Comemos Tod@s”**, por lo que otorgo mi consentimiento para la utilización de mi imagen en el Programa.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarlo cordialmente y enviarle un afectuoso saludo

ATENTAMENTE

FIRMA

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 lo dispone la ley de la materia. Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL ANEXO I “FORMATO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA” DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL COMEMOS TOD@S “

La información que se recabará consiste en: datos de identificación y generales como son nombre completo, apellidos, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, domicilio, curp, estado civil teléfono, correo electrónico; Dichos datos personales recabados, serán utilizados con la finalidad de que la persona pueda solicitar su inscripción al Programa acorde a lo establecido en las Reglas de Operación del Programa “Comemos Tod@s”.

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 Beneficiarios.

Para mayor detalle, usted puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en: <https://groo.gob.mx/sedeso/avisos-de-privacidad-2022-2027/>, en la sección de “Avisos de Privacidad de la SEBIEN”.



SEBIEN
SECRETARÍA DE BIENESTAR



ASAQROO
AGENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE QUINTANA ROO

ANEXO VI
FORMATO DE COMPROBACIÓN DE DOMICILIO

_____, Quintana Roo, a _____ de _____ de 2024

MTRO. ALBERTO IGNACIO PERERA MEDINA
DIRECTOR GENERAL DE LA AGENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA
DEL ESTADO DE QUINTANA ROO.
P R E S E N T E.

Por medio del presente y derivado de que no es posible obtener el comprobante de domicilio por la problemática que existe en esta zona de la ciudad por distintos factores sociales, de infraestructura y servicios Municipales y/o Federales, declaro lo siguiente:

El/La que suscribe C. _____ con domicilio ubicado en _____, manifiesto bajo protesta de decir verdad que habito en el domicilio con la ubicación mencionada y acompaño mi escrito con firma y testimonio de validación de dos testigos vecinos de esa colonia, los cuales me conocen y confirman lo mencionado.

El/La C. _____ con domicilio ubicado en _____ y el/la C. _____ con domicilio ubicado en _____, en nuestro carácter de vecinos (as) de la localidad y/o colonia _____, perteneciente al Municipio de _____ del Estado de Quintana Roo, confirmamos que el promovente tiene su domicilio en donde manifiesta.

Se extiende la presente para los fines que así convengan.

Promovente:

Nombre y Firma

Testigo

Testigo

Nombre y Firma

Nombre y Firma

El promovente y los testigos deberán anexar una copia de su Identificación oficial vigente y con fotografía.

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 lo dispone la ley de la materia. Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL ANEXO VI "FORMATO DE COMPROBACIÓN DE DOMICILIO" DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL COMEMOS TOD@S "

La información que se recabará consiste en: datos de identificación y generales como son nombre completo, apellidos, domicilio; Dichos datos personales recabados, serán utilizados con la finalidad de obtener la dirección del domicilio en donde habita una persona que carezca justificadamente de comprobante de domicilio, acreditando la misma con testigos de conformidad a lo establecido en las Reglas de Operación del Programa "Comemos Tod@s".

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 Beneficiarios.

Para mayor detalle, usted puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en: <https://groo.gob.mx/sedesos/avisos-de-privacidad-2022-2027/>, en la sección de "Avisos de Privacidad de la SEBIEN".

CUESTIONARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA Y NUTRICIA

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	Teléfono (a diez dígitos)
	Rural ()	Urbana ()

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	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD DE NACIMIENTO	CURP	ESTADO CIVIL	PARENTESCO
				H/M		D / M / A		En caso negativo, manifestar		
1						/ /				
2						/ /				
3						/ /				
4						/ /				
5						/ /				
6						/ /				
7						/ /				
8						/ /				
9						/ /				
10						/ /				

2. ESCOLARIDAD/SEGURIDAD SOCIAL

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

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
2	Dúplex	7	Vecindad
3	Compartida	8	Anexo a casa
4	Otra	9	Vivienda móvil
5	Independiente	10	Refugio

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

CARACTERÍSTICAS			
Número de cuartos	<input type="checkbox"/>	Cocina separada	SI / NO
Cuartos para Dormir	<input type="checkbox"/>	Cuarto de baño exclusivo	SI / NO

EQUIPAMIENTO	TIENE		SIRVE	
	Sí	No	Sí	No
Refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estufa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video, DVD, Blue Ray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licuidora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comedor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. SERVICIOS DE VIVIENDA

ELECTRICIDAD		SANITARIO		BAÑO 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 u 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

APORTACION MENSUAL	
CONCEPTO	IMPORTE
Padre	\$
Madre	\$
Hijos	\$
Otro integrante de la familia	\$
Pensión Adulto Mayores* (65+)	\$
Becas (Municipal, Estatal, Federal)	\$
Programa de Gobierno	\$
Otro tipo de ingreso	\$
Total mensual	\$

*Programa federal

EGRESO MENSUAL	
CONCEPTO	IMPORTE
Vivienda	\$
Alimentación	\$
Luz	\$
Gas	\$
Agua	\$
Teléfono	\$
Transporte	\$
Atención médica	\$
Otros gastos	\$
Celular	\$
Educación	\$
Total mensual	\$

APOYOS EN ESPECIE	
Tipo de apoyo:	
Quien lo proporciona:	
Frecuencia del apoyo:	

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...	SÍ	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	SÍ	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	SÍ	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	
------------	--

¿Cuántas comidas al día acostumbran a hacer los miembros de este hogar?	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 3 meses por falta de recursos se preocupó de que la comida se acabará?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento si algún vecino(a) se queda sin comer?	<input type="checkbox"/>
Referencia domiciliaria del vecino(a):	

FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE...

Frecuencia	Diario	3 ó 4 veces	2 veces	1 vez	Casi nunca	Nunca
Cereales o tubérculos	<input type="checkbox"/>					
Verduras	<input type="checkbox"/>					
Frutas	<input type="checkbox"/>					
Leguminosas	<input type="checkbox"/>					
Carne y huevo	<input type="checkbox"/>					
Lácteos	<input type="checkbox"/>					
Alimentos altos en grasa y/o azúcar	<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"/>
2.- ¿Cuántas personas trabajan por su cuenta?	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Cuántas personas de 12 a 15 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Cuántas personas de 16 a 18 años trabajaron en el último mes?	<input type="checkbox"/>

(Nombre y firma)

AVISO DE PRIVACIDAD

CATÁLOGO DEL CUIS

ID	TIPO DE VIALIDAD	ID	ASENTAMIENTO	ID	ESTADO CIVIL	ID	CAUSAS DE ABANDONO ESCOLAR	ID	OCUPACIÓN	ID	OCUPACIÓN
1	Andador	1	Ciudad	1	Soltero (a)	1	Concluyó 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 comunero	3	Preescolar
9	Cerrada	9	Ranchería	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 ha 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	Supermanzana	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			9	Cuñado (a)	ID	INDICE DE MASA CORPORAL	16	Profesionista independiente	0	N/A
2	Enfermedad			10	Yerno	1	Por debajo del peso	17	Promotor de desarrollo humano	1	Asalariado
3	Accidente			11	Nuera	2	Saludable	18	Trabajador por cuenta propia	2	Propio con sueldo asignado
4	Edad Avanzada			12	Tío (a)	3	Sobrepeso	19	Vendedor ambulante	3	Propio sin sueldo asignado
5	Por otra causa			13	Primo (a)	4	Obeso	20	Otra ocupación		
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
3	De la sangre (anemias)	3	Drogadicción	D	Guardería	15	Ch'ol	37	Mixteco	59	Tojolabal
4	Diabetes, tiroides, obesidad	ID	DERECHOHABIENCIA	E	Aguinaldo	16	Guarujio	38	Náhuatl	60	Totonaco
5	Desórdenes mentales (esquizofrenia)	1	Seguro Popular	F	Seguro de vida	17	Huasteco	39	Oluteco	61	Triqui
6	Sistema Nervioso (neuropatías)	2	IMSS	G	No tiene derecho a ninguna prestación	18	Huave	40	Otomí	62	Tlahuica
7	Enfermedades de los sentidos	3	ISSSTE	H	Otro tipo de seguro contratado	19	Huichol	41	Paipai	63	Tlapaneco
8	Sistema Circulatorio (hipertensión)	4	Pemex, Defensa o Marina	I	N/A	20	Ixcateco	42	Pame	64	Tseltal
9	Sistema Respiratorio (neumonía)	5	Clínica u Hospital Privado	ID	PUEBLO INDÍGENA AL QUE PERTENECE	21	Ixil	43	Pápago	65	Tsotsil
10	Sistema Digestivo (colitis, hernias)	6	A ninguna	0	N/A	22	Jakalteco	44	Pima	66	Yaqui
11	De la piel (dermatitis)	ID	MOTIVO DE DERECHOHABIENCIA	1	Aketeko	23	Kaqchikel	45	Popoloca	67	Zapoteco
12	Genitourinario (insuficiencia renal)	0	N/A	2	Amuzgo	24	Kickapoo	46	Popoloca	68	Zoque
13	Malformaciones	1	Prestación en el trabajo	3	Awaketeko	25	Kiliwa	47	Qato'k		
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	Matlatzincá	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	Chocholteco	33	Mayo	55	Tepehua		

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 lo dispone la ley de la materia. Los datos personales recabados, serán protegidos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL ANEXO XI "FORMATO DE CUIS" DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL COMEMOS TOD@S "

La información que se recabará consiste en: datos de identificación y generales, como lo son: nombre completo, apellidos, edad, CURP, estado civil, género, domicilio completo; información de salud con el fin de tener conocimiento sobre si existe padecimiento de alguna enfermedad y qué tipo de enfermedad; información de vivienda para conocer la infraestructura del hogar donde habita y sus condiciones y su equipamiento; información de condiciones económicas con el propósito de tener datos de si se encuentra la persona por debajo de la Línea de Pobreza por Ingreso (LPI) y de alimentación, información que se encuentra en un "Cuestionario Único de Información Socioeconómica y Nutricia" publicado en las Reglas de Operación del Programa, el día 19 de enero de 2024, de 2024, en el Periódico Oficial del Estado de Quintana Roo. Dichos datos personales recabados, serán utilizados con las finalidades siguientes: validar que se cumplan con los requisitos de elegibilidad para tener el carácter de Persona Beneficiaria de este Programa, integrar el expediente de la Persona Beneficiaria, contactar a las Personas Solicitantes, para dar a conocer los resultados de las Personas Validadas del Programa, y comprobar la entrega de los apoyos sociales relativos al 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 Beneficiarios.

Para mayor detalle, usted puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en: <https://qroo.gob.mx/sedeso/avisos-de-privacidad-2022-2027/>, en la sección de "Avisos de Privacidad de la SEBIEN".