

*Gobierno del Estado
Libre y Soberano de Chihuahua*



Registrado como
Artículo
de segunda Clase de
fecha 2 de Noviembre
de 1927

Todas las leyes y demás disposiciones supremas son obligatorias por el sólo hecho de publicarse en este Periódico.

Responsable: La Secretaría General de Gobierno. Se publica los Miércoles y Sábados.

Chihuahua, Chih., sábado 06 de agosto de 2022.

No. 63

Folleto Anexo

**SECRETARÍA DE DESARROLLO
HUMANO Y BIEN COMÚN**

**ACUERDO MODIFICACIÓN EL ANEXO
I DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL
PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DEL
DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL PARA
EL EJERCICIO FISCAL 2022**

C. IGNACIO GALICIA DE LUNA, SECRETARIO DE DESARROLLO HUMANO Y BIEN COMÚN, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 24 FRACCIÓN IV Y 27 FRACCIONES XVIII Y XIX DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA; 11 DEL DECRETO LXVII/APPEE/0179/2021 I P.O. POR EL QUE SE EXPIDE EL PRESUPUESTO DE EGRESOS DEL ESTADO DE CHIHUAHUA PARA EL EJERCICIO FISCAL 2022, PUBLICADO EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO EL 29 DE DICIEMBRE DE 2021; 31 DE LA LEY DE DESARROLLO SOCIAL Y HUMANO PARA EL ESTADO DE CHIHUAHUA; Y 13, FRACCIONES I Y II, Y 14 APARTADO B, FRACCIÓN VIII DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL, Y

CONSIDERANDO

Con fecha 21 de mayo de 2022, fue publicado en el Periódico Oficial del Estado el Acuerdo por el que se expidieron las Reglas de Operación del Programa para la Atención del Desarrollo Integral Infantil para el Ejercicio Fiscal 2022.

En fecha 27 de julio de 2022, fue publicado en el Periódico Oficial del Estado el Acuerdo por el que se modifican los numerales 1, 2.2.1; 3.1.1 primer párrafo; 3.1.2 primer párrafo; 3.2.1, segundo y tercer párrafos, así como sus incisos a), c), d) y e); 4.1 primer párrafo; 4.1.2 primer párrafo y sus numerales 2, 6 y 9; y 4.1.3 numeral 1; todos de las Reglas de Operación del Programa para la Atención del Desarrollo Integral Infantil para el Ejercicio Fiscal 2022.

En concordancia con el antes mencionado, y con el mismo propósito de ampliar la cobertura del programa a los Centros de Trabajo CCT dados de alta en el Catálogo Nacional de Centros de Trabajo de la Secretaría de Educación Pública, simplificar la estructura de funcionamiento del mismo, asegurando la atención integral de niñas, niños, adolescentes que garanticen servicios de calidad en espacios seguros y debidamente regulados, impactando así de forma positiva y permanente la vida de las niñas, niños y adolescentes, así como de su entorno familiar y social, con el objetivo de contribuir al gozo y disfrute del derecho a vivir en condiciones de bienestar y un desarrollo integral de niñas y niños por medio del desarrollo de habilidades psicosocioeducativas, espacios dignos y personal capacitado y certificado, la Secretaría de Desarrollo Humano y Bien Común realiza las modificaciones pertinentes en al Anexo I de las referidas reglas de operación.

En virtud de lo anterior tengo a bien emitir el siguiente:

ACUERDO

ÚNICO. Se modifica el Anexo I de las Reglas de Operación del Programa para la Atención del Desarrollo Integral Infantil para el Ejercicio Fiscal 2022, para quedar de la siguiente manera:

ANEXO I

CÉDULA DE EVALUACIÓN PARA ACCEDER AL APOYO DE BECAS

Fecha de solicitud: ____ / ____ / 2022

II. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL (CAI) Y/O CENTROS DE TRABAJO CCT

Nombre del CAI/CCT: _____

No. de Licencia de Funcionamiento: ____ / ____ / ____ / ____ Municipio: _____

Domicilio: _____

II. PRIMERA FASE DE LA EVALUACIÓN PARA ACCEDER AL APOYO, NO APLICA EN CCT

a) Como se clasifica el Centro de Atención Infantil de acuerdo a su capacidad instalada:

Tipo 1 _____ Tipo 2 _____
 Tipo 3 _____ Tipo 4 _____

Tipo 1: Con capacidad instalada para dar servicio hasta 10 sujetos de atención.
 Tipo 2: Con capacidad instalada para dar servicio de 11 hasta 50 sujetos de atención.
 Tipo 3: Con capacidad instalada para dar servicio de 51 hasta 100 sujetos de atención.
 Tipo 4: Con capacidad instalada para dar servicio a más de 100 sujetos de atención.

b) El Centro de Atención Infantil o CCT recibe apoyo:

1. Gobierno Estatal _____
2. Gobierno Municipal _____
3. Organismo descentralizado del
Gobierno Federal (IMSS, ISSSTE) _____
4. No aplica _____

c) Cuál es el costo semanal que cubre el Padre Madre o Tutor para el servicio que presta el CAI o CCT:

1. Mayor de 500 _____
2. Menor de 450 _____

III. RESULTADO DE LA PRIMERA FASE PARA ACCEDER AL APOYO

Pasa a la siguiente fase _____

No pasa a la siguiente fase _____

PASAR: Continúa a la siguiente fase de evaluación para recibir el apoyo de becas.

NO PASAR: No continúa a la siguiente fase de evaluación por lo siguiente:

El apartado A es de tipo 4, en el apartado B es número 3 y en el apartado C es tipo 1.

CENTRO EDUCATIVO: _____

CCT: _____

IV. SEGUNDA FASE DEL PROCESO DE EVALUACIÓN**DATOS GENERALES DE MADRE, PADRE O TUTOR(A)**

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

C.U.R.P.: _____

Edad: _____ años

Sexo:
Mujer ☐
Hombre ☐¿Pertenece a un
¿Cuál? _____Si ☐No ☐

Estado civil

Casado ☐Divorciado ☐Viudo ☐Unión
libre ☐Jefe de familia: ☐hogar monoparental ☐

En caso de ser tutor legal, ¿cuenta con documento oficial?

Si ☐No ☐

¿Cuál? _____

DATOS GENERALES DE N/N/A

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

C.U.R.P.: _____

Edad: _____ años

Sexo:
Masculino ☐
Femenino ☐Inscrito en Instituto o
Centro Educativo afiliado a
la SEPSi ☐No ☐

Otro: _____

En caso de tener edad escolar y no estar inscrito en algún Centro Educativo, exponer motivo

¿Padece alguna discapacidad o situación de salud? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____**Ocupación Actual de Madre, Padre o Tutor**

Ocupación actual:

Empleado/a ☐Desempleado/a ☐Estudiante ☐hogar ☐

Lugar de trabajo: _____

Puesto: _____

Tipo de empleo:

Planta ☐Eventual ☐

Horario: _____ hrs. a _____ hrs.

Antigüedad: _____

Sueldo mensual: \$ _____

Antigüedad: _____

Sueldo mensual: \$ _____

En caso de ser comerciante, vendedor u otro por cuenta propia,

Especifique su percepción mensual aproximadamente.

\$ _____

Estudiante:

Grados de estudios:

Primaria ☐Secundaria ☐Preparatoria ☐Profesional ☐

Nombre de la Institución Educativa: _____

Prestaciones: IMSS ☐ISSSTE ☐INSABI ☐Vacaciones ☐Horas extras ☐Seguro de vida ☐

INFORMACIÓN DE LA VIVIENDA

Propiedad de la vivienda:

Huésped ☐ Prestada ☐ Rentada ☐ Propia ☐ Pagándose ☐

Tipo de vivienda:

De una habitación ☐ Casa ☐ Departamento ☐ Vecindad ☐

Material de construcción

de la vivienda: Muros: _____ Techos: _____ Piso: _____
Mala ☐ Regular ☐ Buena ☐

Servicios básicos:

Agua ☐ Luz ☐ Gas ☐ Drenaje ☐
Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐

Condición higiénica:

Mala ☐ Regular ☐ Buena ☐

Condición de hacinamiento:

Si ☐ No ☐

Cuenta con:

Refrigerador ☐ Estufa ☐ Lavadora ☐ Drenaje ☐ Automóvil: ☐ especifique marca y modelo: _____

No. de recámaras: _____

No. de baños: _____

Habitaciones restantes: _____

No. de personas que habitan en el domicilio: _____

No. de personas con discapacidad o enfermedad crónica: _____

Otros dependientes económicos (indicar si alguien más depende de usted)

Nombre: _____ Edad: _____ años Parentesco: _____ ocupación: _____
Nombre: _____ Edad: _____ años Parentesco: _____ ocupación: _____
Nombre: _____ Edad: _____ años Parentesco: _____ ocupación: _____**SITUACIÓN ECONÓMICA**

Ingreso familiar mensual:

Renta o pago de la casa \$ _____

¿Recibe apoyo gubernamental? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

Agua \$ _____

¿Requiere canalización de algún programa o dependencia?

Luz \$ _____

Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

Gas \$ _____

Teléfono \$ _____

Cable \$ _____

Internet \$ _____

Celular \$ _____

Servicio médico \$ _____

Educación \$ _____

Transporte \$ _____

Gasolina \$ _____

Alimentación \$ _____

Abonos o créditos \$ _____

Recreación \$ _____

Otros \$ _____

Total de ingresos al mes: \$ _____

Total de egresos al mes: \$ _____

Diferencia entre ingresos y egresos: _____

Otra(s) necesidad (es) viables de apoyo:

1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____

Total de egresos = \$ _____

Ingreso per cápita: _____

Persona que contestó el cuestionario:

Madre ☐Padre ☐Tutor ☐

He leído y entendido que mi solicitud será evaluada y autorizada en base a estas manifestaciones. Y confirmé que los datos son correctos y verídicos.

El resultado del proceso fue determinado como:

VIABLE

☐

NO VIABLE

☐

Nombre completo de la persona solicitante

Nombre completo del personal del ICHDI

Firma de la persona solicitante

Firma del personal del ICHDI

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Periódico Oficial del Estado.

DADO en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua a los 05 días de mes de agosto del año dos mil veintidós.



C. IGNACIO GALICIA DE LUNA

SECRETARIO DE DESARROLLO HUMANO Y BIEN COMÚN

“Este programa es público y ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social y humano”

SIN TEXTO