

Anexo 2

CUESTIONARIO DE CONSULTA PREVIA, PÚBLICA, ABIERTA, REGULAR, ESTRECHA, LIBRE E INFORMADA DIRIGIDA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA DE PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN POLÍTICA, ACREDITACIÓN O NO DE LA DISCAPACIDAD PARA LA POSTULACIÓN EN CANDIDATURAS, E INCLUSIÓN EN LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS DEL INSTITUTO TLAXCALTECA DE ELECCIONES, PARA EL PROCESO ELECTORAL LOCAL ORDINARIO 2023-2024

El objetivo del presente cuestionario es recibir opiniones, propuestas y planteamientos de las personas con discapacidad permanente en el estado de Tlaxcala, sobre las acciones en materia de fortalecimiento de la participación y representación política, la acreditación o no de la discapacidad permanente para acceder a una candidatura a un cargo de elección popular y la inclusión a órganos desconcentrados del Instituto lo cual dará sustento a las acciones afirmativas a implementarse en el Proceso Electoral Local Ordinario 2023- 2024.

Datos Generales

Por favor conteste cada uno de los apartados ingresando sus datos correctos, en caso de que el apartado tenga opciones múltiple favor de marcar con una X, en caso de que la pregunta sea abierta conteste de manera clara y sencilla

Nombre Completo:	
Edad:	
Género:	<ul style="list-style-type: none">• Mujer• Hombre• No binario• Otro(Especifique)_____• Prefiero no contestar
Municipio:	
Número de contacto	
Correo Electrónico	

Información General

Por favor leer cuidadosamente y marcar con una X la opción que considere adecuada

¿Es usted una persona con discapacidad permanente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
En caso de haber respondido sí ¿Qué tipo de discapacidad presenta? Puede marcar una o varias opciones	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad Física. • Discapacidad Mental. • Discapacidad Intelectual. • Discapacidad Sensorial.
En caso de que su respuesta fue NO, especifique su vínculo con la persona con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar • Cuidador/a • Integrante o representante de una asociación o agrupación de personas con discapacidad, Indique el nombre de la asociación o agrupación. <hr/> <hr/>

INFORMACIÓN A CONSULTAR

1) FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN POLÍTICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Por favor conteste cada uno de los apartados, en caso de que el apartado tenga opciones múltiples favor de marcar con una X, en caso de que la pregunta sea abierta conteste de manera clara y sencilla

1.1 Si es una persona con discapacidad permanente ¿A qué barreras o retos se ha enfrentado para ejercer tus derechos políticos electorales?

1.2 ¿Cuáles podrían ser algunas propuestas o acciones para promover la participación y representación política de las personas con discapacidad en Tlaxcala? (Puede marcar más de una).

- ☐ Impulsar la participación e inclusión de las personas con discapacidad en los partidos políticos.
- ☐ Realizar foros o eventos sobre participación y representación política dirigidos a personas con discapacidad.
- ☐ Capacitación de las personas con discapacidad a través de las organizaciones de la sociedad civil en la materia.
- ☐ Sensibilización a partidos políticos en temas de discapacidad.

☐

Otra, especifique cuál

1.3 ¿Está de acuerdo en que la acción afirmativa dirigida a personas con discapacidad se considere únicamente a personas con discapacidad permanente?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

2) ACREDITACIÓN O NO, DE LA DISCAPACIDAD PERMANENTE PARA ACCEDER A UNA CANDIDATURA A UN CARGO DE ELECCIÓN POPULAR.

2.1 ¿Considera necesario que las personas con discapacidad postuladas tengan que acreditar su discapacidad con algún documento?

Sí ¿Por qué?

No ¿Por qué?

2.2 En caso de haber respondido Sí, a la pregunta anterior

¿De qué forma o con qué documento considera que podría acreditar la situación de discapacidad de una persona?

☐

Credencial para personas con discapacidad permanente emitido por el Departamento de Discapacidad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Tlaxcala (SEDIF)

☐

Certificado de Discapacidad permanente emitido por autoridades de salud estatales o federales (IMSS, ISSSTE, Hospital Militar, Secretaría de Salud del estado Tlaxcala)

☐

Dictamen Médico de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente

☐

Constancia Médica de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente

☐

Otro (Especifique cuál)

**3) INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LOS ÓRGANOS
DESCONCENTRADOS DEL INSTITUTO**

**3.1 ¿Considera necesario que las personas con discapacidad que deseen integrar los Consejos
Distritales o municipales acrediten su discapacidad permanente con algún documento?**

SI ¿Por qué?

No ¿Por qué?

3.2 En caso de haber respondido SI, a la pregunta anterior

¿Qué documento considera que podría acreditar la situación de discapacidad de una persona?

- ☐ Credencial para personas con discapacidad permanente emitido por el Departamento de Discapacidad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Tlaxcala (SEDIF)
- ☐ Certificado de Discapacidad permanente emitido por autoridades de salud estatales o federales (IMSS, ISSSTE, Hospital Militar, Secretaría de Salud del estado Tlaxcala)
- ☐ Dictamen Médico de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente
- ☐ Constancia Médica de Institución Pública que conste sobre una condición de discapacidad permanente
- ☐ Otro (Especifique cuál)

COMENTARIOS ADICIONALES

NOMBRE COMPLETO, FIRMA O HUELLA

(En caso de presentar discapacidad en extremidades superiores, se apoyará en el llenado del
formato por parte del personal de staff de la Consulta)
