



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				
41																				
42																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
43																				
44																				
45																				
46																				
47																				
48																				
49																				
50																				
51																				
52																				
53																				
54																				
55																				
56																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
57																				
58																				
59																				
60																				
61																				
62																				
63																				
64																				
65																				
66																				
67																				
68																				
69																				
70																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
71																				
72																				
73																				
74																				
75																				
76																				
77																				
78																				
79																				
80																				
81																				
82																				
83																				
84																				
85																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
86																				
87																				
88																				
89																				
90																				
91																				
92																				
93																				
94																				
95																				
96																				
97																				
98																				
99																				
100																				
101																				
102																				
103																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
104																				
105																				
106																				
107																				
108																				
109																				
110																				
111																				
112																				
113																				
114																				
115																				
116																				
117																				
118																				
119																				
120																				
121																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
122																				
123																				
124																				
125																				
126																				
127																				
128																				
129																				
130																				
131																				
132																				
133																				
134																				
135																				
136																				
137																				
138																				
139																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
140																				
141																				
142																				
143																				
144																				
145																				
146																				
147																				
148																				
149																				
150																				
151																				
152																				
153																				
154																				
155																				
156																				
157																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
158																				
159																				
160																				
161																				
162																				
163																				
164																				
165																				
166																				
167																				
168																				
169																				
170																				
171																				
172																				
173																				
174																				
175																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
176																				
177																				
178																				
179																				
180																				
181																				
182																				
183																				
184																				
185																				
186																				
187																				
188																				
189																				
190																				
191																				
192																				
193																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
194																				
195																				
196																				
197																				
198																				
199																				
200																				
201																				
202																				
203																				
204																				
205																				
206																				
207																				
208																				
209																				
210																				
211																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
212																				
213																				
214																				
215																				
216																				
217																				
218																				
219																				
220																				
221																				
222																				
223																				
224																				
225																				
226																				
227																				
228																				
229																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
230																				
231																				
232																				
233																				
234																				
235																				
236																				
237																				
238																				
239																				
240																				
241																				
242																				
243																				
244																				
245																				
246																				
247																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
248																				
249																				
250																				
251																				
252																				
253																				
254																				
255																				
256																				
257																				
258																				
259																				
260																				
261																				
262																				
263																				
264																				
265																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
266																				
267																				
268																				
269																				
270																				
271																				
272																				
273																				
274																				
275																				
276																				
277																				
278																				
279																				
280																				
281																				
282																				
283																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
284																				
285																				
286																				
287																				
288																				
289																				
290																				
291																				
292																				
293																				
294																				
295																				
296																				
297																				
298																				
299																				
300																				
301																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
302																				
303																				
304																				
305																				
306																				
307																				
308																				
309																				
310																				
311																				
312																				
313																				
314																				
315																				
316																				
317																				
318																				
319																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
320																				
321																				
322																				
323																				
324																				
325																				
326																				
327																				
328																				
329																				
330																				
331																				
332																				
333																				
334																				
335																				
336																				
337																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
338																				
339																				
340																				
341																				
342																				
343																				
344																				
345																				
346																				
347																				
348																				
349																				
350																				
351																				
352																				
353																				
354																				
355																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
356																				
357																				
358																				
359																				
360																				
361																				
362																				
363																				
364																				
365																				
366																				
367																				
368																				
369																				
370																				
371																				
372																				
373																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
374																				
375																				
376																				
377																				
378																				
379																				
380																				
381																				
382																				
383																				
384																				
385																				
386																				
387																				
388																				
389																				
390																				
391																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
392																				
393																				
394																				
395																				
396																				
397																				
398																				
399																				
400																				
401																				
402																				
403																				
404																				
405																				
406																				
407																				
408																				
409																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
410																				
411																				
412																				
413																				
414																				
415																				
416																				
417																				
418																				
419																				
420																				
421																				
422																				
423																				
424																				
425																				
426																				
427																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
428																				
429																				
430																				
431																				
432																				
433																				
434																				
435																				
436																				
437																				
438																				
439																				
440																				
441																				
442																				
443																				
444																				
445																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
446																				
447																				
448																				
449																				
450																				
451																				
452																				
453																				
454																				
455																				
456																				
457																				
458																				
459																				
460																				
461																				
462																				
463																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
464																				
465																				
466																				
467																				
468																				
469																				
470																				
471																				
472																				
473																				
474																				
475																				
476																				
477																				
478																				
479																				
480																				
481																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
482																				
483																				
484																				
485																				
486																				
487																				
488																				
489																				
490																				
491																				
492																				
493																				
494																				
495																				
496																				
497																				
498																				
499																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
500																				
501																				
502																				
503																				
504																				
505																				
506																				
507																				
508																				
509																				
510																				
511																				
512																				
513																				
514																				
515																				
516																				
517																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
518																				
519																				
520																				
521																				
522																				
523																				
524																				
525																				
526																				
527																				
528																				
529																				
530																				
531																				
532																				
533																				
534																				
535																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
536																				
537																				
538																				
539																				
540																				
541																				
542																				
543																				
544																				
545																				
546																				
547																				
548																				
549																				
550																				
551																				
552																				
553																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
554																				
555																				
556																				
557																				
558																				
559																				
560																				
561																				
562																				
563																				
564																				
565																				
566																				
567																				
568																				
569																				
570																				
571																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
572																				
573																				
574																				
575																				
576																				
577																				
578																				
579																				
580																				
581																				
582																				
583																				
584																				
585																				
586																				
587																				
588																				
589																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
590																				
591																				
592																				
593																				
594																				
595																				
596																				
597																				
598																				
599																				
600																				
601																				
602																				
603																				
604																				
605																				
606																				
607																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
608																				
609																				
610																				
611																				
612																				
613																				
614																				
615																				
616																				
617																				
618																				
619																				
620																				
621																				
622																				
623																				
624																				
625																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
626																				
627																				
628																				
629																				
630																				
631																				
632																				
633																				
634																				
635																				
636																				
637																				
638																				
639																				
640																				
641																				
642																				
643																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
644																				
645																				
646																				
647																				
648																				
649																				
650																				
651																				
652																				
653																				
654																				
655																				
656																				
657																				
658																				
659																				
660																				
661																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
662																				
663																				
664																				
665																				
666																				
667																				
668																				
669																				
670																				
671																				
672																				
673																				
674																				
675																				
676																				
677																				
678																				
679																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
680																				
681																				
682																				
683																				
684																				
685																				
686																				
687																				
688																				
689																				
690																				
691																				
692																				
693																				
694																				
695																				
696																				
697																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
698																				
699																				
700																				
701																				
702																				
703																				
704																				
705																				
706																				
707																				
708																				
709																				
710																				
711																				
712																				
713																				
714																				
715																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
716																				
717																				
718																				
719																				
720																				
721																				
722																				
723																				
724																				
725																				
726																				
727																				
728																				
729																				
730																				
731																				
732																				
733																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
734																				
735																				
736																				
737																				
738																				
739																				
740																				
741																				
742																				
743																				
744																				
745																				
746																				
747																				
748																				
749																				
750																				
751																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
752																				
753																				
754																				
755																				
756																				
757																				
758																				
759																				
760																				
761																				
762																				
763																				
764																				
765																				
766																				
767																				
768																				
769																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
770																				
771																				
772																				
773																				
774																				
775																				
776																				
777																				
778																				
779																				
780																				
781																				
782																				
783																				
784																				
785																				
786																				
787																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
788																				
789																				
790																				
791																				
792																				
793																				
794																				
795																				
796																				
797																				
798																				
799																				
800																				
801																				
802																				
803																				
804																				
805																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
806																				
807																				
808																				
809																				
810																				
811																				
812																				
813																				
814																				
815																				
816																				
817																				
818																				
819																				
820																				
821																				
822																				
823																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
824																				
825																				
826																				
827																				
828																				
829																				
830																				
831																				
832																				
833																				
834																				
835																				
836																				
837																				
838																				
839																				
840																				
841																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
842																				
843																				
844																				
845																				
846																				
847																				
848																				
849																				
850																				
851																				
852																				
853																				
854																				
855																				
856																				
857																				
858																				
859																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
860																				
861																				
862																				
863																				
864																				
865																				
866																				
867																				
868																				
869																				
870																				
871																				
872																				
873																				
874																				
875																				
876																				
877																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
878																				
879																				
880																				
881																				
882																				
883																				
884																				
885																				
886																				
887																				
888																				
889																				
890																				
891																				
892																				
893																				
894																				
895																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
896																				
897																				
898																				
899																				
900																				
901																				
902																				
903																				
904																				
905																				
906																				
907																				
908																				
909																				
910																				
911																				
912																				
913																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
914																				
915																				
916																				
917																				
918																				
919																				
920																				
921																				
922																				
923																				
924																				
925																				
926																				
927																				
928																				
929																				
930																				
931																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
932																				
933																				
934																				
935																				
936																				
937																				
938																				
939																				
940																				
941																				
942																				
943																				
944																				
945																				
946																				
947																				
948																				
949																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
950																				
951																				
952																				
953																				
954																				
955																				
956																				
957																				
958																				
959																				
960																				
961																				
962																				
963																				
964																				
965																				
966																				
967																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
968																				
969																				
970																				
971																				
972																				
973																				
974																				
975																				
976																				
977																				
978																				
979																				
980																				
981																				
982																				
983																				
984																				
985																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
986																				
987																				
988																				
989																				
990																				
991																				
992																				
993																				
994																				
995																				
996																				
997																				
998																				
999																				
1000																				
1001																				
1002																				
1003																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1004																				
1005																				
1006																				
1007																				
1008																				
1009																				
1010																				
1011																				
1012																				
1013																				
1014																				
1015																				
1016																				
1017																				
1018																				
1019																				
1020																				
1021																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1022																				
1023																				
1024																				
1025																				
1026																				
1027																				
1028																				
1029																				
1030																				
1031																				
1032																				
1033																				
1034																				
1035																				
1036																				
1037																				
1038																				
1039																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1040																				
1041																				
1042																				
1043																				
1044																				
1045																				
1046																				
1047																				
1048																				
1049																				
1050																				
1051																				
1052																				
1053																				
1054																				
1055																				
1056																				
1057																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1058																				
1059																				
1060																				
1061																				
1062																				
1063																				
1064																				
1065																				
1066																				
1067																				
1068																				
1069																				
1070																				
1071																				
1072																				
1073																				
1074																				
1075																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1076																				
1077																				
1078																				
1079																				
1080																				
1081																				
1082																				
1083																				
1084																				
1085																				
1086																				
1087																				
1088																				
1089																				
1090																				
1091																				
1092																				
1093																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1094																				
1095																				
1096																				
1097																				
1098																				
1099																				
1100																				
1101																				
1102																				
1103																				
1104																				
1105																				
1106																				
1107																				
1108																				
1109																				
1110																				
1111																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1112																				
1113																				
1114																				
1115																				
1116																				
1117																				
1118																				
1119																				
1120																				
1121																				
1122																				
1123																				
1124																				
1125																				
1126																				
1127																				
1128																				
1129																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1130																				
1131																				
1132																				
1133																				
1134																				
1135																				
1136																				
1137																				
1138																				
1139																				
1140																				
1141																				
1142																				
1143																				
1144																				
1145																				
1146																				
1147																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1148																				
1149																				
1150																				
1151																				
1152																				
1153																				
1154																				
1155																				
1156																				
1157																				
1158																				
1159																				
1160																				
1161																				
1162																				
1163																				
1164																				
1165																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1166																				
1167																				
1168																				
1169																				
1170																				
1171																				
1172																				
1173																				
1174																				
1175																				
1176																				
1177																				
1178																				
1179																				
1180																				
1181																				
1182																				
1183																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1184																				
1185																				
1186																				
1187																				
1188																				
1189																				
1190																				
1191																				
1192																				
1193																				
1194																				
1195																				
1196																				
1197																				
1198																				
1199																				
1200																				
1201																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1202																				
1203																				
1204																				
1205																				
1206																				
1207																				
1208																				
1209																				
1210																				
1211																				
1212																				
1213																				
1214																				
1215																				
1216																				
1217																				
1218																				
1219																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1220																				
1221																				
1222																				
1223																				
1224																				
1225																				
1226																				
1227																				
1228																				
1229																				
1230																				
1231																				
1232																				
1233																				
1234																				
1235																				
1236																				
1237																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1238																				
1239																				
1240																				
1241																				
1242																				
1243																				
1244																				
1245																				
1246																				
1247																				
1248																				
1249																				
1250																				
1251																				
1252																				
1253																				
1254																				
1255																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1256																				
1257																				
1258																				
1259																				
1260																				
1261																				
1262																				
1263																				
1264																				
1265																				
1266																				
1267																				
1268																				
1269																				
1270																				
1271																				
1272																				
1273																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1274																				
1275																				
1276																				
1277																				
1278																				
1279																				
1280																				
1281																				
1282																				
1283																				
1284																				
1285																				
1286																				
1287																				
1288																				
1289																				
1290																				
1291																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1292																				
1293																				
1294																				
1295																				
1296																				
1297																				
1298																				
1299																				
1300																				
1301																				
1302																				
1303																				
1304																				
1305																				
1306																				
1307																				
1308																				
1309																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1310																				
1311																				
1312																				
1313																				
1314																				
1315																				
1316																				
1317																				
1318																				
1319																				
1320																				
1321																				
1322																				
1323																				
1324																				
1325																				
1326																				
1327																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1328																				
1329																				
1330																				
1331																				
1332																				
1333																				
1334																				
1335																				
1336																				
1337																				
1338																				
1339																				
1340																				
1341																				
1342																				
1343																				
1344																				
1345																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1346																				
1347																				
1348																				
1349																				
1350																				
1351																				
1352																				
1353																				
1354																				
1355																				
1356																				
1357																				
1358																				
1359																				
1360																				
1361																				
1362																				
1363																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1364																				
1365																				
1366																				
1367																				
1368																				
1369																				
1370																				
1371																				
1372																				
1373																				
1374																				
1375																				
1376																				
1377																				
1378																				
1379																				
1380																				
1381																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1382																				
1383																				
1384																				
1385																				
1386																				
1387																				
1388																				
1389																				
1390																				
1391																				
1392																				
1393																				
1394																				
1395																				
1396																				
1397																				
1398																				
1399																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1400																				
1401																				
1402																				
1403																				
1404																				
1405																				
1406																				
1407																				
1408																				
1409																				
1410																				
1411																				
1412																				
1413																				
1414																				
1415																				
1416																				
1417																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1418																				
1419																				
1420																				
1421																				
1422																				
1423																				
1424																				
1425																				
1426																				
1427																				
1428																				
1429																				
1430																				
1431																				
1432																				
1433																				
1434																				
1435																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1436																				
1437																				
1438																				
1439																				
1440																				
1441																				
1442																				
1443																				
1444																				
1445																				
1446																				
1447																				
1448																				
1449																				
1450																				
1451																				
1452																				
1453																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1454																				
1455																				
1456																				
1457																				
1458																				
1459																				
1460																				
1461																				
1462																				
1463																				
1464																				
1465																				
1466																				
1467																				
1468																				
1469																				
1470																				
1471																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1472																				
1473																				
1474																				
1475																				
1476																				
1477																				
1478																				
1479																				
1480																				
1481																				
1482																				
1483																				
1484																				
1485																				
1486																				
1487																				
1488																				
1489																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1490																				
1491																				
1492																				
1493																				
1494																				
1495																				
1496																				
1497																				
1498																				
1499																				
1500																				
1501																				
1502																				
1503																				
1504																				
1505																				
1506																				
1507																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1508																				
1509																				
1510																				
1511																				
1512																				
1513																				
1514																				
1515																				
1516																				
1517																				
1518																				
1519																				
1520																				
1521																				
1522																				
1523																				
1524																				
1525																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1526																				
1527																				
1528																				
1529																				
1530																				
1531																				
1532																				
1533																				
1534																				
1535																				
1536																				
1537																				
1538																				
1539																				
1540																				
1541																				
1542																				
1543																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1544																				
1545																				
1546																				
1547																				
1548																				
1549																				
1550																				
1551																				
1552																				
1553																				
1554																				
1555																				
1556																				
1557																				
1558																				
1559																				
1560																				
1561																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1562																				
1563																				
1564																				
1565																				
1566																				
1567																				
1568																				
1569																				
1570																				
1571																				
1572																				
1573																				
1574																				
1575																				
1576																				
1577																				
1578																				
1579																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1580																				
1581																				
1582																				
1583																				
1584																				
1585																				
1586																				
1587																				
1588																				
1589																				
1590																				
1591																				
1592																				
1593																				
1594																				
1595																				
1596																				
1597																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1598																				
1599																				
1600																				
1601																				
1602																				
1603																				
1604																				
1605																				
1606																				
1607																				
1608																				
1609																				
1610																				
1611																				
1612																				
1613																				
1614																				
1615																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1616																				
1617																				
1618																				
1619																				
1620																				
1621																				
1622																				
1623																				
1624																				
1625																				
1626																				
1627																				
1628																				
1629																				
1630																				
1631																				
1632																				
1633																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1634																				
1635																				
1636																				
1637																				
1638																				
1639																				
1640																				
1641																				
1642																				
1643																				
1644																				
1645																				
1646																				
1647																				
1648																				
1649																				
1650																				
1651																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1652																				
1653																				
1654																				
1655																				
1656																				
1657																				
1658																				
1659																				
1660																				
1661																				
1662																				
1663																				
1664																				
1665																				
1666																				
1667																				
1668																				
1669																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1670																				
1671																				
1672																				
1673																				
1674																				
1675																				
1676																				
1677																				
1678																				
1679																				
1680																				
1681																				
1682																				
1683																				
1684																				
1685																				
1686																				
1687																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1688																				
1689																				
1690																				
1691																				
1692																				
1693																				
1694																				
1695																				
1696																				
1697																				
1698																				
1699																				
1700																				
1701																				
1702																				
1703																				
1704																				
1705																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1706																				
1707																				
1708																				
1709																				
1710																				
1711																				
1712																				
1713																				
1714																				
1715																				
1716																				
1717																				
1718																				
1719																				
1720																				
1721																				
1722																				
1723																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1724																				
1725																				
1726																				
1727																				
1728																				
1729																				
1730																				
1731																				
1732																				
1733																				
1734																				
1735																				
1736																				
1737																				
1738																				
1739																				
1740																				
1741																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1742																				
1743																				
1744																				
1745																				
1746																				
1747																				
1748																				
1749																				
1750																				
1751																				
1752																				
1753																				
1754																				
1755																				
1756																				
1757																				
1758																				
1759																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1760																				
1761																				
1762																				
1763																				
1764																				
1765																				
1766																				
1767																				
1768																				
1769																				
1770																				
1771																				
1772																				
1773																				
1774																				
1775																				
1776																				
1777																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	KIT DE HIGIENE PERSONAL
1778																				
1779																				
1780																				
1781																				
1782																				
1783																				
1784																				
1785																				
1786																				
1787																				
1788																				
1789																				
1790																				
1791																				
1792																				
1793																				
1794																				
1795																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1796																				
1797																				
1798																				
1799																				
1800																				
1801																				
1802																				
1803																				
1804																				
1805																				
1806																				
1807																				
1808																				
1809																				
1810																				
1811																				
1812																				
1813																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1814																				
1815																				
1816																				
1817																				
1818																				
1819																				
1820																				
1821																				
1822																				
1823																				
1824																				
1825																				
1826																				
1827																				
1828																				
1829																				
1830																				
1831																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1832																				
1833																				
1834																				
1835																				
1836																				
1837																				
1838																				
1839																				
1840																				
1841																				
1842																				
1843																				
1844																				
1845																				
1846																				
1847																				
1848																				
1849																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)							CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
1850																					
1851																					
1852																					
1853																					
1854																					
1855																					
1856																					
1857																					
1858																					
1859																					
1860																					
1861																					
1862																					
1863																					
1864																					
1865																					
1866																					
1867																					

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1868																				
1869																				
1870																				
1871																				
1872																				
1873																				
1874																				
1875																				
1876																				
1877																				
1878																				
1879																				
1880																				
1881																				
1882																				
1883																				
1884																				
1885																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)							CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
1886																					
1887																					
1888																					
1889																					
1890																					
1891																					
1892																					
1893																					
1894																					
1895																					
1896																					
1897																					
1898																					
1899																					
1900																					
1901																					
1902																					
1903																					

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1904																				
1905																				
1906																				
1907																				
1908																				
1909																				
1910																				
1911																				
1912																				
1913																				
1914																				
1915																				
1916																				
1917																				
1918																				
1919																				
1920																				
1921																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1922																				
1923																				
1924																				
1925																				
1926																				
1927																				
1928																				
1929																				
1930																				
1931																				
1932																				
1933																				
1934																				
1935																				
1936																				
1937																				
1938																				
1939																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1940																				
1941																				
1942																				
1943																				
1944																				
1945																				
1946																				
1947																				
1948																				
1949																				
1950																				
1951																				
1952																				
1953																				
1954																				
1955																				
1956																				
1957																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1958																				
1959																				
1960																				
1961																				
1962																				
1963																				
1964																				
1965																				
1966																				
1967																				
1968																				
1969																				
1970																				
1971																				
1972																				
1973																				
1974																				
1975																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1976																				
1977																				
1978																				
1979																				
1980																				
1981																				
1982																				
1983																				
1984																				
1985																				
1986																				
1987																				
1988																				
1989																				
1990																				
1991																				
1992																				
1993																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
1994																				
1995																				
1996																				
1997																				
1998																				
1999																				
2000																				
2001																				
2002																				
2003																				
2004																				
2005																				
2006																				
2007																				
2008																				
2009																				
2010																				
2011																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2012																				
2013																				
2014																				
2015																				
2016																				
2017																				
2018																				
2019																				
2020																				
2021																				
2022																				
2023																				
2024																				
2025																				
2026																				
2027																				
2028																				
2029																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2030																				
2031																				
2032																				
2033																				
2034																				
2035																				
2036																				
2037																				
2038																				
2039																				
2040																				
2041																				
2042																				
2043																				
2044																				
2045																				
2046																				
2047																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2048																				
2049																				
2050																				
2051																				
2052																				
2053																				
2054																				
2055																				
2056																				
2057																				
2058																				
2059																				
2060																				
2061																				
2062																				
2063																				
2064																				
2065																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2066																				
2067																				
2068																				
2069																				
2070																				
2071																				
2072																				
2073																				
2074																				
2075																				
2076																				
2077																				
2078																				
2079																				
2080																				
2081																				
2082																				
2083																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2084																				
2085																				
2086																				
2087																				
2088																				
2089																				
2090																				
2091																				
2092																				
2093																				
2094																				
2095																				
2096																				
2097																				
2098																				
2099																				
2100																				
2101																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2102																				
2103																				
2104																				
2105																				
2106																				
2107																				
2108																				
2109																				
2110																				
2111																				
2112																				
2113																				
2114																				
2115																				
2116																				
2117																				
2118																				
2119																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2120																				
2121																				
2122																				
2123																				
2124																				
2125																				
2126																				
2127																				
2128																				
2129																				
2130																				
2131																				
2132																				
2133																				
2134																				
2135																				
2136																				
2137																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2138																				
2139																				
2140																				
2141																				
2142																				
2143																				
2144																				
2145																				
2146																				
2147																				
2148																				
2149																				
2150																				
2151																				
2152																				
2153																				
2154																				
2155																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2156																				
2157																				
2158																				
2159																				
2160																				
2161																				
2162																				
2163																				
2164																				
2165																				
2166																				
2167																				
2168																				
2169																				
2170																				
2171																				
2172																				
2173																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2174																				
2175																				
2176																				
2177																				
2178																				
2179																				
2180																				
2181																				
2182																				
2183																				
2184																				
2185																				
2186																				
2187																				
2188																				
2189																				
2190																				
2191																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2192																				
2193																				
2194																				
2195																				
2196																				
2197																				
2198																				
2199																				
2200																				
2201																				
2202																				
2203																				
2204																				
2205																				
2206																				
2207																				
2208																				
2209																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2210																				
2211																				
2212																				
2213																				
2214																				
2215																				
2216																				
2217																				
2218																				
2219																				
2220																				
2221																				
2222																				
2223																				
2224																				
2225																				
2226																				
2227																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2228																				
2229																				
2230																				
2231																				
2232																				
2233																				
2234																				
2235																				
2236																				
2237																				
2238																				
2239																				
2240																				
2241																				
2242																				
2243																				
2244																				
2245																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2246																				
2247																				
2248																				
2249																				
2250																				
2251																				
2252																				
2253																				
2254																				
2255																				
2256																				
2257																				
2258																				
2259																				
2260																				
2261																				
2262																				
2263																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2264																				
2265																				
2266																				
2267																				
2268																				
2269																				
2270																				
2271																				
2272																				
2273																				
2274																				
2275																				
2276																				
2277																				
2278																				
2279																				
2280																				
2281																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2282																				
2283																				
2284																				
2285																				
2286																				
2287																				
2288																				
2289																				
2290																				
2291																				
2292																				
2293																				
2294																				
2295																				
2296																				
2297																				
2298																				
2299																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2300																				
2301																				
2302																				
2303																				
2304																				
2305																				
2306																				
2307																				
2308																				
2309																				
2310																				
2311																				
2312																				
2313																				
2314																				
2315																				
2316																				
2317																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2318																				
2319																				
2320																				
2321																				
2322																				
2323																				
2324																				
2325																				
2326																				
2327																				
2328																				
2329																				
2330																				
2331																				
2332																				
2333																				
2334																				
2335																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2336																				
2337																				
2338																				
2339																				
2340																				
2341																				
2342																				
2343																				
2344																				
2345																				
2346																				
2347																				
2348																				
2349																				
2350																				
2351																				
2352																				
2353																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2354																				
2355																				
2356																				
2357																				
2358																				
2359																				
2360																				
2361																				
2362																				
2363																				
2364																				
2365																				
2366																				
2367																				
2368																				
2369																				
2370																				
2371																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2372																				
2373																				
2374																				
2375																				
2376																				
2377																				
2378																				
2379																				
2380																				
2381																				
2382																				
2383																				
2384																				
2385																				
2386																				
2387																				
2388																				
2389																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2390																				
2391																				
2392																				
2393																				
2394																				
2395																				
2396																				
2397																				
2398																				
2399																				
2400																				
2401																				
2402																				
2403																				
2404																				
2405																				
2406																				
2407																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2408																				
2409																				
2410																				
2411																				
2412																				
2413																				
2414																				
2415																				
2416																				
2417																				
2418																				
2419																				
2420																				
2421																				
2422																				
2423																				
2424																				
2425																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2426																				
2427																				
2428																				
2429																				
2430																				
2431																				
2432																				
2433																				
2434																				
2435																				
2436																				
2437																				
2438																				
2439																				
2440																				
2441																				
2442																				
2443																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2444																				
2445																				
2446																				
2447																				
2448																				
2449																				
2450																				
2451																				
2452																				
2453																				
2454																				
2455																				
2456																				
2457																				
2458																				
2459																				
2460																				
2461																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2462																				
2463																				
2464																				
2465																				
2466																				
2467																				
2468																				
2469																				
2470																				
2471																				
2472																				
2473																				
2474																				
2475																				
2476																				
2477																				
2478																				
2479																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2480																				
2481																				
2482																				
2483																				
2484																				
2485																				
2486																				
2487																				
2488																				
2489																				
2490																				
2491																				
2492																				
2493																				
2494																				
2495																				
2496																				
2497																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2498																				
2499																				
2500																				
2501																				
2502																				
2503																				
2504																				
2505																				
2506																				
2507																				
2508																				
2509																				
2510																				
2511																				
2512																				
2513																				
2514																				
2515																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2516																				
2517																				
2518																				
2519																				
2520																				
2521																				
2522																				
2523																				
2524																				
2525																				
2526																				
2527																				
2528																				
2529																				
2530																				
2531																				
2532																				
2533																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2534																				
2535																				
2536																				
2537																				
2538																				
2539																				
2540																				
2541																				
2542																				
2543																				
2544																				
2545																				
2546																				
2547																				
2548																				
2549																				
2550																				
2551																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2552																				
2553																				
2554																				
2555																				
2556																				
2557																				
2558																				
2559																				
2560																				
2561																				
2562																				
2563																				
2564																				
2565																				
2566																				
2567																				
2568																				
2569																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2570																				
2571																				
2572																				
2573																				
2574																				
2575																				
2576																				
2577																				
2578																				
2579																				
2580																				
2581																				
2582																				
2583																				
2584																				
2585																				
2586																				
2587																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
2588																				
2589																				
2590																				
2591																				
2592																				
2593																				
2594																				
2595																				
2596																				
2597																				
2598																				
2599																				
2600																				
2601																				
2602																				
2603																				
2604																				
2605																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2606																				
2607																				
2608																				
2609																				
2610																				
2611																				
2612																				
2613																				
2614																				
2615																				
2616																				
2617																				
2618																				
2619																				
2620																				
2621																				
2622																				
2623																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2624																				
2625																				
2626																				
2627																				
2628																				
2629																				
2630																				
2631																				
2632																				
2633																				
2634																				
2635																				
2636																				
2637																				
2638																				
2639																				
2640																				
2641																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2642																				
2643																				
2644																				
2645																				
2646																				
2647																				
2648																				
2649																				
2650																				
2651																				
2652																				
2653																				
2654																				
2655																				
2656																				
2657																				
2658																				
2659																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2660																				
2661																				
2662																				
2663																				
2664																				
2665																				
2666																				
2667																				
2668																				
2669																				
2670																				
2671																				
2672																				
2673																				
2674																				
2675																				
2676																				
2677																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2678																				
2679																				
2680																				
2681																				
2682																				
2683																				
2684																				
2685																				
2686																				
2687																				
2688																				
2689																				
2690																				
2691																				
2692																				
2693																				
2694																				
2695																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2696																				
2697																				
2698																				
2699																				
2700																				
2701																				
2702																				
2703																				
2704																				
2705																				
2706																				
2707																				
2708																				
2709																				
2710																				
2711																				
2712																				
2713																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2714																				
2715																				
2716																				
2717																				
2718																				
2719																				
2720																				
2721																				
2722																				
2723																				
2724																				
2725																				
2726																				
2727																				
2728																				
2729																				
2730																				
2731																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2732																				
2733																				
2734																				
2735																				
2736																				
2737																				
2738																				
2739																				
2740																				
2741																				
2742																				
2743																				
2744																				
2745																				
2746																				
2747																				
2748																				
2749																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2750																				
2751																				
2752																				
2753																				
2754																				
2755																				
2756																				
2757																				
2758																				
2759																				
2760																				
2761																				
2762																				
2763																				
2764																				
2765																				
2766																				
2767																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2768																				
2769																				
2770																				
2771																				
2772																				
2773																				
2774																				
2775																				
2776																				
2777																				
2778																				
2779																				
2780																				
2781																				
2782																				
2783																				
2784																				
2785																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2786																				
2787																				
2788																				
2789																				
2790																				
2791																				
2792																				
2793																				
2794																				
2795																				
2796																				
2797																				
2798																				
2799																				
2800																				
2801																				
2802																				
2803																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2804																				
2805																				
2806																				
2807																				
2808																				
2809																				
2810																				
2811																				
2812																				
2813																				
2814																				
2815																				
2816																				
2817																				
2818																				
2819																				
2820																				
2821																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2822																				
2823																				
2824																				
2825																				
2826																				
2827																				
2828																				
2829																				
2830																				
2831																				
2832																				
2833																				
2834																				
2835																				
2836																				
2837																				
2838																				
2839																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2840																				
2841																				
2842																				
2843																				
2844																				
2845																				
2846																				
2847																				
2848																				
2849																				
2850																				
2851																				
2852																				
2853																				
2854																				
2855																				
2856																				
2857																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2858																				
2859																				
2860																				
2861																				
2862																				
2863																				
2864																				
2865																				
2866																				
2867																				
2868																				
2869																				
2870																				
2871																				
2872																				
2873																				
2874																				
2875																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2876																				
2877																				
2878																				
2879																				
2880																				
2881																				
2882																				
2883																				
2884																				
2885																				
2886																				
2887																				
2888																				
2889																				
2890																				
2891																				
2892																				
2893																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2894																				
2895																				
2896																				
2897																				
2898																				
2899																				
2900																				
2901																				
2902																				
2903																				
2904																				
2905																				
2906																				
2907																				
2908																				
2909																				
2910																				
2911																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2912																				
2913																				
2914																				
2915																				
2916																				
2917																				
2918																				
2919																				
2920																				
2921																				
2922																				
2923																				
2924																				
2925																				
2926																				
2927																				
2928																				
2929																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2930																				
2931																				
2932																				
2933																				
2934																				
2935																				
2936																				
2937																				
2938																				
2939																				
2940																				
2941																				
2942																				
2943																				
2944																				
2945																				
2946																				
2947																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2948																				
2949																				
2950																				
2951																				
2952																				
2953																				
2954																				
2955																				
2956																				
2957																				
2958																				
2959																				
2960																				
2961																				
2962																				
2963																				
2964																				
2965																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2966																				
2967																				
2968																				
2969																				
2970																				
2971																				
2972																				
2973																				
2974																				
2975																				
2976																				
2977																				
2978																				
2979																				
2980																				
2981																				
2982																				
2983																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
2984																				
2985																				
2986																				
2987																				
2988																				
2989																				
2990																				
2991																				
2992																				
2993																				
2994																				
2995																				
2996																				
2997																				
2998																				
2999																				
3000																				
3001																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3002																				
3003																				
3004																				
3005																				
3006																				
3007																				
3008																				
3009																				
3010																				
3011																				
3012																				
3013																				
3014																				
3015																				
3016																				
3017																				
3018																				
3019																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3020																				
3021																				
3022																				
3023																				
3024																				
3025																				
3026																				
3027																				
3028																				
3029																				
3030																				
3031																				
3032																				
3033																				
3034																				
3035																				
3036																				
3037																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO:

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3038																				
3039																				
3040																				
3041																				
3042																				
3043																				
3044																				
3045																				
3046																				
3047																				
3048																				
3049																				
3050																				
3051																				
3052																				
3053																				
3054																				
3055																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3056																				
3057																				
3058																				
3059																				
3060																				
3061																				
3062																				
3063																				
3064																				
3065																				
3066																				
3067																				
3068																				
3069																				
3070																				
3071																				
3072																				
3073																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3074																				
3075																				
3076																				
3077																				
3078																				
3079																				
3080																				
3081																				
3082																				
3083																				
3084																				
3085																				
3086																				
3087																				
3088																				
3089																				
3090																				
3091																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3092																				
3093																				
3094																				
3095																				
3096																				
3097																				
3098																				
3099																				
3100																				
3101																				
3102																				
3103																				
3104																				
3105																				
3106																				
3107																				
3108																				
3109																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3110																				
3111																				
3112																				
3113																				
3114																				
3115																				
3116																				
3117																				
3118																				
3119																				
3120																				
3121																				
3122																				
3123																				
3124																				
3125																				
3126																				
3127																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3128																				
3129																				
3130																				
3131																				
3132																				
3133																				
3134																				
3135																				
3136																				
3137																				
3138																				
3139																				
3140																				
3141																				
3142																				
3143																				
3144																				
3145																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3146																				
3147																				
3148																				
3149																				
3150																				
3151																				
3152																				
3153																				
3154																				
3155																				
3156																				
3157																				
3158																				
3159																				
3160																				
3161																				
3162																				
3163																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3164																				
3165																				
3166																				
3167																				
3168																				
3169																				
3170																				
3171																				
3172																				
3173																				
3174																				
3175																				
3176																				
3177																				
3178																				
3179																				
3180																				
3181																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3182																				
3183																				
3184																				
3185																				
3186																				
3187																				
3188																				
3189																				
3190																				
3191																				
3192																				
3193																				
3194																				
3195																				
3196																				
3197																				
3198																				
3199																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3200																				
3201																				
3202																				
3203																				
3204																				
3205																				
3206																				
3207																				
3208																				
3209																				
3210																				
3211																				
3212																				
3213																				
3214																				
3215																				
3216																				
3217																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3218																				
3219																				
3220																				
3221																				
3222																				
3223																				
3224																				
3225																				
3226																				
3227																				
3228																				
3229																				
3230																				
3231																				
3232																				
3233																				
3234																				
3235																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3236																				
3237																				
3238																				
3239																				
3240																				
3241																				
3242																				
3243																				
3244																				
3245																				
3246																				
3247																				
3248																				
3249																				
3250																				
3251																				
3252																				
3253																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3254																				
3255																				
3256																				
3257																				
3258																				
3259																				
3260																				
3261																				
3262																				
3263																				
3264																				
3265																				
3266																				
3267																				
3268																				
3269																				
3270																				
3271																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3272																				
3273																				
3274																				
3275																				
3276																				
3277																				
3278																				
3279																				
3280																				
3281																				
3282																				
3283																				
3284																				
3285																				
3286																				
3287																				
3288																				
3289																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3290																				
3291																				
3292																				
3293																				
3294																				
3295																				
3296																				
3297																				
3298																				
3299																				
3300																				
3301																				
3302																				
3303																				
3304																				
3305																				
3306																				
3307																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3308																				
3309																				
3310																				
3311																				
3312																				
3313																				
3314																				
3315																				
3316																				
3317																				
3318																				
3319																				
3320																				
3321																				
3322																				
3323																				
3324																				
3325																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3326																				
3327																				
3328																				
3329																				
3330																				
3331																				
3332																				
3333																				
3334																				
3335																				
3336																				
3337																				
3338																				
3339																				
3340																				
3341																				
3342																				
3343																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3344																				
3345																				
3346																				
3347																				
3348																				
3349																				
3350																				
3351																				
3352																				
3353																				
3354																				
3355																				
3356																				
3357																				
3358																				
3359																				
3360																				
3361																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3362																				
3363																				
3364																				
3365																				
3366																				
3367																				
3368																				
3369																				
3370																				
3371																				
3372																				
3373																				
3374																				
3375																				
3376																				
3377																				
3378																				
3379																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3380																				
3381																				
3382																				
3383																				
3384																				
3385																				
3386																				
3387																				
3388																				
3389																				
3390																				
3391																				
3392																				
3393																				
3394																				
3395																				
3396																				
3397																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3398																				
3399																				
3400																				
3401																				
3402																				
3403																				
3404																				
3405																				
3406																				
3407																				
3408																				
3409																				
3410																				
3411																				
3412																				
3413																				
3414																				
3415																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3416																				
3417																				
3418																				
3419																				
3420																				
3421																				
3422																				
3423																				
3424																				
3425																				
3426																				
3427																				
3428																				
3429																				
3430																				
3431																				
3432																				
3433																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3434																				
3435																				
3436																				
3437																				
3438																				
3439																				
3440																				
3441																				
3442																				
3443																				
3444																				
3445																				
3446																				
3447																				
3448																				
3449																				
3450																				
3451																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3452																				
3453																				
3454																				
3455																				
3456																				
3457																				
3458																				
3459																				
3460																				
3461																				
3462																				
3463																				
3464																				
3465																				
3466																				
3467																				
3468																				
3469																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO:

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3470																				
3471																				
3472																				
3473																				
3474																				
3475																				
3476																				
3477																				
3478																				
3479																				
3480																				
3481																				
3482																				
3483																				
3484																				
3485																				
3486																				
3487																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3488																				
3489																				
3490																				
3491																				
3492																				
3493																				
3494																				
3495																				
3496																				
3497																				
3498																				
3499																				
3500																				
3501																				
3502																				
3503																				
3504																				
3505																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3506																				
3507																				
3508																				
3509																				
3510																				
3511																				
3512																				
3513																				
3514																				
3515																				
3516																				
3517																				
3518																				
3519																				
3520																				
3521																				
3522																				
3523																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3524																				
3525																				
3526																				
3527																				
3528																				
3529																				
3530																				
3531																				
3532																				
3533																				
3534																				
3535																				
3536																				
3537																				
3538																				
3539																				
3540																				
3541																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3542																				
3543																				
3544																				
3545																				
3546																				
3547																				
3548																				
3549																				
3550																				
3551																				
3552																				
3553																				
3554																				
3555																				
3556																				
3557																				
3558																				
3559																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3560																				
3561																				
3562																				
3563																				
3564																				
3565																				
3566																				
3567																				
3568																				
3569																				
3570																				
3571																				
3572																				
3573																				
3574																				
3575																				
3576																				
3577																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3578																				
3579																				
3580																				
3581																				
3582																				
3583																				
3584																				
3585																				
3586																				
3587																				
3588																				
3589																				
3590																				
3591																				
3592																				
3593																				
3594																				
3595																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3596																				
3597																				
3598																				
3599																				
3600																				
3601																				
3602																				
3603																				
3604																				
3605																				
3606																				
3607																				
3608																				
3609																				
3610																				
3611																				
3612																				
3613																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3614																				
3615																				
3616																				
3617																				
3618																				
3619																				
3620																				
3621																				
3622																				
3623																				
3624																				
3625																				
3626																				
3627																				
3628																				
3629																				
3630																				
3631																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3632																				
3633																				
3634																				
3635																				
3636																				
3637																				
3638																				
3639																				
3640																				
3641																				
3642																				
3643																				
3644																				
3645																				
3646																				
3647																				
3648																				
3649																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3650																				
3651																				
3652																				
3653																				
3654																				
3655																				
3656																				
3657																				
3658																				
3659																				
3660																				
3661																				
3662																				
3663																				
3664																				
3665																				
3666																				
3667																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3668																				
3669																				
3670																				
3671																				
3672																				
3673																				
3674																				
3675																				
3676																				
3677																				
3678																				
3679																				
3680																				
3681																				
3682																				
3683																				
3684																				
3685																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3686																				
3687																				
3688																				
3689																				
3690																				
3691																				
3692																				
3693																				
3694																				
3695																				
3696																				
3697																				
3698																				
3699																				
3700																				
3701																				
3702																				
3703																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3704																				
3705																				
3706																				
3707																				
3708																				
3709																				
3710																				
3711																				
3712																				
3713																				
3714																				
3715																				
3716																				
3717																				
3718																				
3719																				
3720																				
3721																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3722																				
3723																				
3724																				
3725																				
3726																				
3727																				
3728																				
3729																				
3730																				
3731																				
3732																				
3733																				
3734																				
3735																				
3736																				
3737																				
3738																				
3739																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3740																				
3741																				
3742																				
3743																				
3744																				
3745																				
3746																				
3747																				
3748																				
3749																				
3750																				
3751																				
3752																				
3753																				
3754																				
3755																				
3756																				
3757																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
3758																				
3759																				
3760																				
3761																				
3762																				
3763																				
3764																				
3765																				
3766																				
3767																				
3768																				
3769																				
3770																				
3771																				
3772																				
3773																				
3774																				
3775																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3776																				
3777																				
3778																				
3779																				
3780																				
3781																				
3782																				
3783																				
3784																				
3785																				
3786																				
3787																				
3788																				
3789																				
3790																				
3791																				
3792																				
3793																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3794																				
3795																				
3796																				
3797																				
3798																				
3799																				
3800																				
3801																				
3802																				
3803																				
3804																				
3805																				
3806																				
3807																				
3808																				
3809																				
3810																				
3811																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3812																				
3813																				
3814																				
3815																				
3816																				
3817																				
3818																				
3819																				
3820																				
3821																				
3822																				
3823																				
3824																				
3825																				
3826																				
3827																				
3828																				
3829																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3830																				
3831																				
3832																				
3833																				
3834																				
3835																				
3836																				
3837																				
3838																				
3839																				
3840																				
3841																				
3842																				
3843																				
3844																				
3845																				
3846																				
3847																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3848																				
3849																				
3850																				
3851																				
3852																				
3853																				
3854																				
3855																				
3856																				
3857																				
3858																				
3859																				
3860																				
3861																				
3862																				
3863																				
3864																				
3865																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3866																				
3867																				
3868																				
3869																				
3870																				
3871																				
3872																				
3873																				
3874																				
3875																				
3876																				
3877																				
3878																				
3879																				
3880																				
3881																				
3882																				
3883																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3884																				
3885																				
3886																				
3887																				
3888																				
3889																				
3890																				
3891																				
3892																				
3893																				
3894																				
3895																				
3896																				
3897																				
3898																				
3899																				
3900																				
3901																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3902																				
3903																				
3904																				
3905																				
3906																				
3907																				
3908																				
3909																				
3910																				
3911																				
3912																				
3913																				
3914																				
3915																				
3916																				
3917																				
3918																				
3919																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3920																				
3921																				
3922																				
3923																				
3924																				
3925																				
3926																				
3927																				
3928																				
3929																				
3930																				
3931																				
3932																				
3933																				
3934																				
3935																				
3936																				
3937																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3938																				
3939																				
3940																				
3941																				
3942																				
3943																				
3944																				
3945																				
3946																				
3947																				
3948																				
3949																				
3950																				
3951																				
3952																				
3953																				
3954																				
3955																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3956																				
3957																				
3958																				
3959																				
3960																				
3961																				
3962																				
3963																				
3964																				
3965																				
3966																				
3967																				
3968																				
3969																				
3970																				
3971																				
3972																				
3973																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3974																				
3975																				
3976																				
3977																				
3978																				
3979																				
3980																				
3981																				
3982																				
3983																				
3984																				
3985																				
3986																				
3987																				
3988																				
3989																				
3990																				
3991																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
3992																				
3993																				
3994																				
3995																				
3996																				
3997																				
3998																				
3999																				
4000																				
4001																				
4002																				
4003																				
4004																				
4005																				
4006																				
4007																				
4008																				
4009																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4010																				
4011																				
4012																				
4013																				
4014																				
4015																				
4016																				
4017																				
4018																				
4019																				
4020																				
4021																				
4022																				
4023																				
4024																				
4025																				
4026																				
4027																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4028																				
4029																				
4030																				
4031																				
4032																				
4033																				
4034																				
4035																				
4036																				
4037																				
4038																				
4039																				
4040																				
4041																				
4042																				
4043																				
4044																				
4045																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4046																				
4047																				
4048																				
4049																				
4050																				
4051																				
4052																				
4053																				
4054																				
4055																				
4056																				
4057																				
4058																				
4059																				
4060																				
4061																				
4062																				
4063																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4064																				
4065																				
4066																				
4067																				
4068																				
4069																				
4070																				
4071																				
4072																				
4073																				
4074																				
4075																				
4076																				
4077																				
4078																				
4079																				
4080																				
4081																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4082																				
4083																				
4084																				
4085																				
4086																				
4087																				
4088																				
4089																				
4090																				
4091																				
4092																				
4093																				
4094																				
4095																				
4096																				
4097																				
4098																				
4099																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4100																				
4101																				
4102																				
4103																				
4104																				
4105																				
4106																				
4107																				
4108																				
4109																				
4110																				
4111																				
4112																				
4113																				
4114																				
4115																				
4116																				
4117																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
4118																				
4119																				
4120																				
4121																				
4122																				
4123																				
4124																				
4125																				
4126																				
4127																				
4128																				
4129																				
4130																				
4131																				
4132																				
4133																				
4134																				
4135																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4136																				
4137																				
4138																				
4139																				
4140																				
4141																				
4142																				
4143																				
4144																				
4145																				
4146																				
4147																				
4148																				
4149																				
4150																				
4151																				
4152																				
4153																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4154																				
4155																				
4156																				
4157																				
4158																				
4159																				
4160																				
4161																				
4162																				
4163																				
4164																				
4165																				
4166																				
4167																				
4168																				
4169																				
4170																				
4171																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4172																				
4173																				
4174																				
4175																				
4176																				
4177																				
4178																				
4179																				
4180																				
4181																				
4182																				
4183																				
4184																				
4185																				
4186																				
4187																				
4188																				
4189																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4190																				
4191																				
4192																				
4193																				
4194																				
4195																				
4196																				
4197																				
4198																				
4199																				
4200																				
4201																				
4202																				
4203																				
4204																				
4205																				
4206																				
4207																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4208																				
4209																				
4210																				
4211																				
4212																				
4213																				
4214																				
4215																				
4216																				
4217																				
4218																				
4219																				
4220																				
4221																				
4222																				
4223																				
4224																				
4225																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4226																				
4227																				
4228																				
4229																				
4230																				
4231																				
4232																				
4233																				
4234																				
4235																				
4236																				
4237																				
4238																				
4239																				
4240																				
4241																				
4242																				
4243																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO:

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4244																				
4245																				
4246																				
4247																				
4248																				
4249																				
4250																				
4251																				
4252																				
4253																				
4254																				
4255																				
4256																				
4257																				
4258																				
4259																				
4260																				
4261																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4262																				
4263																				
4264																				
4265																				
4266																				
4267																				
4268																				
4269																				
4270																				
4271																				
4272																				
4273																				
4274																				
4275																				
4276																				
4277																				
4278																				
4279																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4280																				
4281																				
4282																				
4283																				
4284																				
4285																				
4286																				
4287																				
4288																				
4289																				
4290																				
4291																				
4292																				
4293																				
4294																				
4295																				
4296																				
4297																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4298																				
4299																				
4300																				
4301																				
4302																				
4303																				
4304																				
4305																				
4306																				
4307																				
4308																				
4309																				
4310																				
4311																				
4312																				
4313																				
4314																				
4315																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4316																				
4317																				
4318																				
4319																				
4320																				
4321																				
4322																				
4323																				
4324																				
4325																				
4326																				
4327																				
4328																				
4329																				
4330																				
4331																				
4332																				
4333																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4334																				
4335																				
4336																				
4337																				
4338																				
4339																				
4340																				
4341																				
4342																				
4343																				
4344																				
4345																				
4346																				
4347																				
4348																				
4349																				
4350																				
4351																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4352																				
4353																				
4354																				
4355																				
4356																				
4357																				
4358																				
4359																				
4360																				
4361																				
4362																				
4363																				
4364																				
4365																				
4366																				
4367																				
4368																				
4369																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4370																				
4371																				
4372																				
4373																				
4374																				
4375																				
4376																				
4377																				
4378																				
4379																				
4380																				
4381																				
4382																				
4383																				
4384																				
4385																				
4386																				
4387																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4388																				
4389																				
4390																				
4391																				
4392																				
4393																				
4394																				
4395																				
4396																				
4397																				
4398																				
4399																				
4400																				
4401																				
4402																				
4403																				
4404																				
4405																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4406																				
4407																				
4408																				
4409																				
4410																				
4411																				
4412																				
4413																				
4414																				
4415																				
4416																				
4417																				
4418																				
4419																				
4420																				
4421																				
4422																				
4423																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4424																				
4425																				
4426																				
4427																				
4428																				
4429																				
4430																				
4431																				
4432																				
4433																				
4434																				
4435																				
4436																				
4437																				
4438																				
4439																				
4440																				
4441																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4442																				
4443																				
4444																				
4445																				
4446																				
4447																				
4448																				
4449																				
4450																				
4451																				
4452																				
4453																				
4454																				
4455																				
4456																				
4457																				
4458																				
4459																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4460																				
4461																				
4462																				
4463																				
4464																				
4465																				
4466																				
4467																				
4468																				
4469																				
4470																				
4471																				
4472																				
4473																				
4474																				
4475																				
4476																				
4477																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4478																				
4479																				
4480																				
4481																				
4482																				
4483																				
4484																				
4485																				
4486																				
4487																				
4488																				
4489																				
4490																				
4491																				
4492																				
4493																				
4494																				
4495																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4496																				
4497																				
4498																				
4499																				
4500																				
4501																				
4502																				
4503																				
4504																				
4505																				
4506																				
4507																				
4508																				
4509																				
4510																				
4511																				
4512																				
4513																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4514																				
4515																				
4516																				
4517																				
4518																				
4519																				
4520																				
4521																				
4522																				
4523																				
4524																				
4525																				
4526																				
4527																				
4528																				
4529																				
4530																				
4531																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4532																				
4533																				
4534																				
4535																				
4536																				
4537																				
4538																				
4539																				
4540																				
4541																				
4542																				
4543																				
4544																				
4545																				
4546																				
4547																				
4548																				
4549																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4550																				
4551																				
4552																				
4553																				
4554																				
4555																				
4556																				
4557																				
4558																				
4559																				
4560																				
4561																				
4562																				
4563																				
4564																				
4565																				
4566																				
4567																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4568																				
4569																				
4570																				
4571																				
4572																				
4573																				
4574																				
4575																				
4576																				
4577																				
4578																				
4579																				
4580																				
4581																				
4582																				
4583																				
4584																				
4585																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4586																				
4587																				
4588																				
4589																				
4590																				
4591																				
4592																				
4593																				
4594																				
4595																				
4596																				
4597																				
4598																				
4599																				
4600																				
4601																				
4602																				
4603																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4604																				
4605																				
4606																				
4607																				
4608																				
4609																				
4610																				
4611																				
4612																				
4613																				
4614																				
4615																				
4616																				
4617																				
4618																				
4619																				
4620																				
4621																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4622																				
4623																				
4624																				
4625																				
4626																				
4627																				
4628																				
4629																				
4630																				
4631																				
4632																				
4633																				
4634																				
4635																				
4636																				
4637																				
4638																				
4639																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4640																				
4641																				
4642																				
4643																				
4644																				
4645																				
4646																				
4647																				
4648																				
4649																				
4650																				
4651																				
4652																				
4653																				
4654																				
4655																				
4656																				
4657																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4658																				
4659																				
4660																				
4661																				
4662																				
4663																				
4664																				
4665																				
4666																				
4667																				
4668																				
4669																				
4670																				
4671																				
4672																				
4673																				
4674																				
4675																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4676																				
4677																				
4678																				
4679																				
4680																				
4681																				
4682																				
4683																				
4684																				
4685																				
4686																				
4687																				
4688																				
4689																				
4690																				
4691																				
4692																				
4693																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4694																				
4695																				
4696																				
4697																				
4698																				
4699																				
4700																				
4701																				
4702																				
4703																				
4704																				
4705																				
4706																				
4707																				
4708																				
4709																				
4710																				
4711																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4712																				
4713																				
4714																				
4715																				
4716																				
4717																				
4718																				
4719																				
4720																				
4721																				
4722																				
4723																				
4724																				
4725																				
4726																				
4727																				
4728																				
4729																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4730																				
4731																				
4732																				
4733																				
4734																				
4735																				
4736																				
4737																				
4738																				
4739																				
4740																				
4741																				
4742																				
4743																				
4744																				
4745																				
4746																				
4747																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4748																				
4749																				
4750																				
4751																				
4752																				
4753																				
4754																				
4755																				
4756																				
4757																				
4758																				
4759																				
4760																				
4761																				
4762																				
4763																				
4764																				
4765																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4766																				
4767																				
4768																				
4769																				
4770																				
4771																				
4772																				
4773																				
4774																				
4775																				
4776																				
4777																				
4778																				
4779																				
4780																				
4781																				
4782																				
4783																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4784																				
4785																				
4786																				
4787																				
4788																				
4789																				
4790																				
4791																				
4792																				
4793																				
4794																				
4795																				
4796																				
4797																				
4798																				
4799																				
4800																				
4801																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4802																				
4803																				
4804																				
4805																				
4806																				
4807																				
4808																				
4809																				
4810																				
4811																				
4812																				
4813																				
4814																				
4815																				
4816																				
4817																				
4818																				
4819																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4820																				
4821																				
4822																				
4823																				
4824																				
4825																				
4826																				
4827																				
4828																				
4829																				
4830																				
4831																				
4832																				
4833																				
4834																				
4835																				
4836																				
4837																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4838																				
4839																				
4840																				
4841																				
4842																				
4843																				
4844																				
4845																				
4846																				
4847																				
4848																				
4849																				
4850																				
4851																				
4852																				
4853																				
4854																				
4855																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4856																				
4857																				
4858																				
4859																				
4860																				
4861																				
4862																				
4863																				
4864																				
4865																				
4866																				
4867																				
4868																				
4869																				
4870																				
4871																				
4872																				
4873																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4874																				
4875																				
4876																				
4877																				
4878																				
4879																				
4880																				
4881																				
4882																				
4883																				
4884																				
4885																				
4886																				
4887																				
4888																				
4889																				
4890																				
4891																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4892																				
4893																				
4894																				
4895																				
4896																				
4897																				
4898																				
4899																				
4900																				
4901																				
4902																				
4903																				
4904																				
4905																				
4906																				
4907																				
4908																				
4909																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4910																				
4911																				
4912																				
4913																				
4914																				
4915																				
4916																				
4917																				
4918																				
4919																				
4920																				
4921																				
4922																				
4923																				
4924																				
4925																				
4926																				
4927																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4928																				
4929																				
4930																				
4931																				
4932																				
4933																				
4934																				
4935																				
4936																				
4937																				
4938																				
4939																				
4940																				
4941																				
4942																				
4943																				
4944																				
4945																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4946																				
4947																				
4948																				
4949																				
4950																				
4951																				
4952																				
4953																				
4954																				
4955																				
4956																				
4957																				
4958																				
4959																				
4960																				
4961																				
4962																				
4963																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4964																				
4965																				
4966																				
4967																				
4968																				
4969																				
4970																				
4971																				
4972																				
4973																				
4974																				
4975																				
4976																				
4977																				
4978																				
4979																				
4980																				
4981																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
4982																				
4983																				
4984																				
4985																				
4986																				
4987																				
4988																				
4989																				
4990																				
4991																				
4992																				
4993																				
4994																				
4995																				
4996																				
4997																				
4998																				
4999																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5000																				
5001																				
5002																				
5003																				
5004																				
5005																				
5006																				
5007																				
5008																				
5009																				
5010																				
5011																				
5012																				
5013																				
5014																				
5015																				
5016																				
5017																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5018																				
5019																				
5020																				
5021																				
5022																				
5023																				
5024																				
5025																				
5026																				
5027																				
5028																				
5029																				
5030																				
5031																				
5032																				
5033																				
5034																				
5035																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5036																				
5037																				
5038																				
5039																				
5040																				
5041																				
5042																				
5043																				
5044																				
5045																				
5046																				
5047																				
5048																				
5049																				
5050																				
5051																				
5052																				
5053																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5054																				
5055																				
5056																				
5057																				
5058																				
5059																				
5060																				
5061																				
5062																				
5063																				
5064																				
5065																				
5066																				
5067																				
5068																				
5069																				
5070																				
5071																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5072																				
5073																				
5074																				
5075																				
5076																				
5077																				
5078																				
5079																				
5080																				
5081																				
5082																				
5083																				
5084																				
5085																				
5086																				
5087																				
5088																				
5089																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5090																				
5091																				
5092																				
5093																				
5094																				
5095																				
5096																				
5097																				
5098																				
5099																				
5100																				
5101																				
5102																				
5103																				
5104																				
5105																				
5106																				
5107																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5108																				
5109																				
5110																				
5111																				
5112																				
5113																				
5114																				
5115																				
5116																				
5117																				
5118																				
5119																				
5120																				
5121																				
5122																				
5123																				
5124																				
5125																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5126																				
5127																				
5128																				
5129																				
5130																				
5131																				
5132																				
5133																				
5134																				
5135																				
5136																				
5137																				
5138																				
5139																				
5140																				
5141																				
5142																				
5143																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5144																				
5145																				
5146																				
5147																				
5148																				
5149																				
5150																				
5151																				
5152																				
5153																				
5154																				
5155																				
5156																				
5157																				
5158																				
5159																				
5160																				
5161																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5162																				
5163																				
5164																				
5165																				
5166																				
5167																				
5168																				
5169																				
5170																				
5171																				
5172																				
5173																				
5174																				
5175																				
5176																				
5177																				
5178																				
5179																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5180																				
5181																				
5182																				
5183																				
5184																				
5185																				
5186																				
5187																				
5188																				
5189																				
5190																				
5191																				
5192																				
5193																				
5194																				
5195																				
5196																				
5197																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5198																				
5199																				
5200																				
5201																				
5202																				
5203																				
5204																				
5205																				
5206																				
5207																				
5208																				
5209																				
5210																				
5211																				
5212																				
5213																				
5214																				
5215																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5216																				
5217																				
5218																				
5219																				
5220																				
5221																				
5222																				
5223																				
5224																				
5225																				
5226																				
5227																				
5228																				
5229																				
5230																				
5231																				
5232																				
5233																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5234																				
5235																				
5236																				
5237																				
5238																				
5239																				
5240																				
5241																				
5242																				
5243																				
5244																				
5245																				
5246																				
5247																				
5248																				
5249																				
5250																				
5251																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5252																				
5253																				
5254																				
5255																				
5256																				
5257																				
5258																				
5259																				
5260																				
5261																				
5262																				
5263																				
5264																				
5265																				
5266																				
5267																				
5268																				
5269																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	COBERTOR	
5270																				
5271																				
5272																				
5273																				
5274																				
5275																				
5276																				
5277																				
5278																				
5279																				
5280																				
5281																				
5282																				
5283																				
5284																				
5285																				
5286																				
5287																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5288																				
5289																				
5290																				
5291																				
5292																				
5293																				
5294																				
5295																				
5296																				
5297																				
5298																				
5299																				
5300																				
5301																				
5302																				
5303																				
5304																				
5305																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5306																				
5307																				
5308																				
5309																				
5310																				
5311																				
5312																				
5313																				
5314																				
5315																				
5316																				
5317																				
5318																				
5319																				
5320																				
5321																				
5322																				
5323																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5324																				
5325																				
5326																				
5327																				
5328																				
5329																				
5330																				
5331																				
5332																				
5333																				
5334																				
5335																				
5336																				
5337																				
5338																				
5339																				
5340																				
5341																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5342																				
5343																				
5344																				
5345																				
5346																				
5347																				
5348																				
5349																				
5350																				
5351																				
5352																				
5353																				
5354																				
5355																				
5356																				
5357																				
5358																				
5359																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5360																				
5361																				
5362																				
5363																				
5364																				
5365																				
5366																				
5367																				
5368																				
5369																				
5370																				
5371																				
5372																				
5373																				
5374																				
5375																				
5376																				
5377																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5378																				
5379																				
5380																				
5381																				
5382																				
5383																				
5384																				
5385																				
5386																				
5387																				
5388																				
5389																				
5390																				
5391																				
5392																				
5393																				
5394																				
5395																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5396																				
5397																				
5398																				
5399																				
5400																				
5401																				
5402																				
5403																				
5404																				
5405																				
5406																				
5407																				
5408																				
5409																				
5410																				
5411																				
5412																				
5413																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO:

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5414																				
5415																				
5416																				
5417																				
5418																				
5419																				
5420																				
5421																				
5422																				
5423																				
5424																				
5425																				
5426																				
5427																				
5428																				
5429																				
5430																				
5431																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5432																				
5433																				
5434																				
5435																				
5436																				
5437																				
5438																				
5439																				
5440																				
5441																				
5442																				
5443																				
5444																				
5445																				
5446																				
5447																				
5448																				
5449																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5450																				
5451																				
5452																				
5453																				
5454																				
5455																				
5456																				
5457																				
5458																				
5459																				
5460																				
5461																				
5462																				
5463																				
5464																				
5465																				
5466																				
5467																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5468																				
5469																				
5470																				
5471																				
5472																				
5473																				
5474																				
5475																				
5476																				
5477																				
5478																				
5479																				
5480																				
5481																				
5482																				
5483																				
5484																				
5485																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5486																				
5487																				
5488																				
5489																				
5490																				
5491																				
5492																				
5493																				
5494																				
5495																				
5496																				
5497																				
5498																				
5499																				
5500																				
5501																				
5502																				
5503																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5504																				
5505																				
5506																				
5507																				
5508																				
5509																				
5510																				
5511																				
5512																				
5513																				
5514																				
5515																				
5516																				
5517																				
5518																				
5519																				
5520																				
5521																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5522																				
5523																				
5524																				
5525																				
5526																				
5527																				
5528																				
5529																				
5530																				
5531																				
5532																				
5533																				
5534																				
5535																				
5536																				
5537																				
5538																				
5539																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5540																				
5541																				
5542																				
5543																				
5544																				
5545																				
5546																				
5547																				
5548																				
5549																				
5550																				
5551																				
5552																				
5553																				
5554																				
5555																				
5556																				
5557																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5558																				
5559																				
5560																				
5561																				
5562																				
5563																				
5564																				
5565																				
5566																				
5567																				
5568																				
5569																				
5570																				
5571																				
5572																				
5573																				
5574																				
5575																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5576																				
5577																				
5578																				
5579																				
5580																				
5581																				
5582																				
5583																				
5584																				
5585																				
5586																				
5587																				
5588																				
5589																				
5590																				
5591																				
5592																				
5593																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5594																				
5595																				
5596																				
5597																				
5598																				
5599																				
5600																				
5601																				
5602																				
5603																				
5604																				
5605																				
5606																				
5607																				
5608																				
5609																				
5610																				
5611																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5612																				
5613																				
5614																				
5615																				
5616																				
5617																				
5618																				
5619																				
5620																				
5621																				
5622																				
5623																				
5624																				
5625																				
5626																				
5627																				
5628																				
5629																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5630																				
5631																				
5632																				
5633																				
5634																				
5635																				
5636																				
5637																				
5638																				
5639																				
5640																				
5641																				
5642																				
5643																				
5644																				
5645																				
5646																				
5647																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5648																				
5649																				
5650																				
5651																				
5652																				
5653																				
5654																				
5655																				
5656																				
5657																				
5658																				
5659																				
5660																				
5661																				
5662																				
5663																				
5664																				
5665																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5666																				
5667																				
5668																				
5669																				
5670																				
5671																				
5672																				
5673																				
5674																				
5675																				
5676																				
5677																				
5678																				
5679																				
5680																				
5681																				
5682																				
5683																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5684																				
5685																				
5686																				
5687																				
5688																				
5689																				
5690																				
5691																				
5692																				
5693																				
5694																				
5695																				
5696																				
5697																				
5698																				
5699																				
5700																				
5701																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5702																				
5703																				
5704																				
5705																				
5706																				
5707																				
5708																				
5709																				
5710																				
5711																				
5712																				
5713																				
5714																				
5715																				
5716																				
5717																				
5718																				
5719																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO: \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5720																				
5721																				
5722																				
5723																				
5724																				
5725																				
5726																				
5727																				
5728																				
5729																				
5730																				
5731																				
5732																				
5733																				
5734																				
5735																				
5736																				
5737																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5738																				
5739																				
5740																				
5741																				
5742																				
5743																				
5744																				
5745																				
5746																				
5747																				
5748																				
5749																				
5750																				
5751																				
5752																				
5753																				
5754																				
5755																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5756																				
5757																				
5758																				
5759																				
5760																				
5761																				
5762																				
5763																				
5764																				
5765																				
5766																				
5767																				
5768																				
5769																				
5770																				
5771																				
5772																				
5773																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5774																				
5775																				
5776																				
5777																				
5778																				
5779																				
5780																				
5781																				
5782																				
5783																				
5784																				
5785																				
5786																				
5787																				
5788																				
5789																				
5790																				
5791																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5792																				
5793																				
5794																				
5795																				
5796																				
5797																				
5798																				
5799																				
5800																				
5801																				
5802																				
5803																				
5804																				
5805																				
5806																				
5807																				
5808																				
5809																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO



Sistema Estatal  
DIF

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**

**FECHA DE LEVANTAMIENTO:** \_\_\_\_\_

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5810																				
5811																				
5812																				
5813																				
5814																				
5815																				
5816																				
5817																				
5818																				
5819																				
5820																				
5821																				
5822																				
5823																				
5824																				
5825																				
5826																				
5827																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRON DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

**DELEGACION REGIONAL:**
**FECHA DE LEVANTAMIENTO:**

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5828																				
5829																				
5830																				
5831																				
5832																				
5833																				
5834																				
5835																				
5836																				
5837																				
5838																				
5839																				
5840																				
5841																				
5842																				
5843																				
5844																				
5845																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**UNIDAD DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD**  
**DIRECCIÓN DE DELEGACIONES**  
**DEPARTAMENTO DE ENLACE, GESTIÓN Y APOYO A CONTINGENCIAS**  
**SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIA (APCE)**  
**PADRÓN DE BENEFICIARIOS**

"AVISO DE PRIVACIDAD" Los datos personales sensibles recabados por el Gobierno del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para los fines para lo que son recabados y podrán ser utilizados como información estadística, científica o histórica.

DELEGACION REGIONAL:

FECHA DE LEVANTAMIENTO:

NUM. CONS.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (H) (M)	ESTADO CIVIL	DISCAPACIDAD SÍ/NO	INDÍGENA SÍ/NO	DOMICILIO PARTICULAR O REFERENCIA			NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR (EN CASO DE QUE APLIQUE)			CANTIDAD DE APOYOS			FIRMA DEL BENEFICIARIO
			APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)						DIA / MES / AÑO	CALLE	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	COLCHONET A	
5846																				

RECABÓ FIRMAS

DIF MUNICIPAL

VO. BO. DELEGACION

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO