

INSTRUCTIVO: CUAPS (cada campo cuenta con opciones de respuesta y descripciones dentro de los comentarios que podrán mostrarse cuando el cursor se encuentre en la casilla correspondiente, donde hay una marca roja)

CONTROL DEL CUESTIONARIO

Siglas de Identificación: Fecha de llenado DÍA: MES: AÑO:

ID del Programa (lo genera COEVAL)

I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa: 1.2 Clave presupuestal:

2.1 Nombre de la Dependencia Responsable: 2.2 Clave de la Dependencia Responsable:

3.1 Nombre de la Unidad Administrativa: 3.2 Clave de la Unidad Administrativa:

4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa? 5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa?

II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA

6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

Cargo Teléfono Extensión

Correo electrónico institucional @

7. Datos del Titular del Programa

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

Cargo Teléfono Extensión

Correo electrónico institucional @

8. Datos del Enlace del Programa

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

Cargo Teléfono Extensión

Correo electrónico institucional @

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA

9. ¿En qué año inició la operación del Programa?

2025

10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)

1. Sí → PASAR A 11
2. No

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

1. Sí

10.1 Si el Programa no cuenta con alguno de los documentos anteriormente citados, ¿existe algún sitio web donde se detalle la información del Programa?

1. Sí → PASAR A 13
2. No → TERMINAR CUESTIONARIO

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPOND

11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?

Reglas de Operación del Programa de Fortalecimiento para el Bienestar de las personas LGBTIQ+ de la Secretaría de Bienestar del Poder Ejecutivo Estatal para el año 2025.

12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?

1. Sí 2. No → PASAR A 14
SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA
1. Sí

13. Escriba el enlace electrónico directo del documento normativo (Reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros). Si el Programa carece de documento normativo escriba la dirección electrónica del sitio web donde se detalla la información del Programa.

<https://www.morelos.gob.mx/bienestar-de-las-personas-lgbtq>

14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?

Contribuir al Bienestar de las Personas LGBTIQ+ en el Estado de Morelos, promoviendo la inclusión, la igualdad y disminuir la discriminación, mejorando sus conocimientos, habilidades y herramientas para el ejercicio pleno de sus derechos, mediante acciones de capacitación y formación.

15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?

1. Proporcionar capacitación y acciones de formación en temas sobre diversidad sexual, inclusión, igualdad, no discriminación, masculinidades y bienestar de las personas LGBTIQ+.
2. Otorgar un Apoyo Unico para personas LGBTIQ+ que radiquen en el estado de Morelos, priorizando aquellas que radiquen en zonas de Atencion prioritaria, las cuales corresponden al listado de zonas de atencion prioritaria determinadas para el estado de Morelos y que al efecto se publiquen en el periodico Oficial "Tierra y Libertad"
- 3.
- 4.
- 5.

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

600 personas LGBTIQ+ de 18 a 64 años de todo el estado de Morelos, con preferencia en las personas de habitan en las Zonas de Atención Prioritaria (ZAP) determinadas por el COEVAL para el año 2025.

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

2. Estatal

SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2

→ 17.1 Entidad Federativa

Morelos

Clave de Entidad

Morel

→ 17.2 Municipio

Clave de Municipio

IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

| | | | |
|--|---------|-----------------------|----------|
| 18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial? | 112,675 | 18.1 Unidad de Medida | personas |
| 19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo? | 600 | 19.1 Unidad de Medida | personas |
| 20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior? | | 20.1 Unidad de Medida | |

V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA

| | |
|---|--------------|
| 21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior? | \$ _____ |
| 22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente? | \$ 3,000,000 |

VI. COPARTICIPACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

23. Con base en la normatividad del programa, ¿se tienen previstos esquemas de coparticipación con otros programas, instancias de gobierno, instituciones, asociaciones y/o beneficiarios?

1. Sí 2. No → PASAR A 28 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA _____

| Núm. | 24. Participante | 25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC. PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR: PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS | 26. Orden de gobierno PARA EL CASO DE PERSONAS BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O ASOCIACIONES NO APLICA | 27. Tipo de participación |
|------|------------------|--|---|---------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

VII. CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA EN DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR ECONÓMICO

28. De acuerdo con los objetivos del Programa ¿en cuál(es) Derecho(s) Social(es) y/o Bienestar Económico contribuyen las acciones implementadas?

MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS

- | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 1. Educación | <input type="checkbox"/> | 3. Alimentación | <input type="checkbox"/> | 5. Medio Ambiente | <input type="checkbox"/> | 7. Seguridad Social | <input type="checkbox"/> | 9. Bienestar Económico | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Salud | <input type="checkbox"/> | 4. Vivienda | <input type="checkbox"/> | 6. Trabajo | <input type="checkbox"/> | 8. No discriminación | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Ninguno | <input type="checkbox"/> |

VIII. COMPONENTES DEL PROGRAMA

29. ¿El programa cuenta con componente(s), subprograma(s), vertiente(s) o modalidad(es)?

1. Sí 2. No → PASAR A 34 SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA _____

| Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad | 30. Nombre del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 31. Objetivo específico del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 32. Población objetivo del componente, subprograma, vertiente o modalidad | 33. Total de apoyos que forman parte de este componente, subprograma, vertiente o modalidad |
|--|---|--|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS

X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN

Para esta sección, es necesario que llene una pestaña "FOCALIZACION" por cada apoyo registrado anteriormente

XI. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS

XII. OBSERVACIONES

FIRMAS

ELABORÓ

AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA

MARCELO PALACIOS CANSECO

CESAR GUERRA GARCIA

Subdirector de Comunidades de Atención Prioritaria

Director General de Comunidades de Atención de Prioritaria e Inclusión