

**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:	PCD	Fecha de llenado	DÍA:	07	MES: 08 AÑO: 2025
ID del Programa (lo genera COEVAL)	271				
I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA					
1.1 Nombre del Programa:	Reglas de Operación del Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente del Estado de Morelos.			1.2 Clave presupuestal:	AF130010
2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:	Secretaría de Bienestar			Dependencia Responsable:	13
3.1 Nombre de la Unidad Administrativa:	Dirección General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión			3.2 Clave de la Unidad Administrativa:	4
4. ¿Qué orden de gobierno es responsable del Programa?	2. Estatal	5. ¿En qué forma participa la Unidad Administrativa o Área en el Programa?	1. Responsable		
II. DATOS DE LOS RESPONSABLES DE PROGRAMA					
6. Datos del Titular de la Unidad Administrativa					
César		Guerra	García		
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido			
Cargo	Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión			Teléfono	7773100640
Correo electrónico institucional	cesar.guerra @ morelos.gob.mx			Extensión	66460
7. Datos del Titular del Programa					
César		Guerra	García		
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido			
Cargo	Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión			Teléfono	7773100640
Correo electrónico institucional	cesar.guerra @ morelos.gob.mx			Extensión	66460
8. Datos del Enlace del Programa					
César		Guerra	García		
Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido			
Cargo	Director General de Comunidades de Atención Prioritaria e Inclusión			Teléfono	7773100640
Correo electrónico institucional	cesar.guerra@ morelos.gob.mx			Extensión	66460

III. NORMATIVIDAD DEL PROGRAMA			
<p>9. ¿En qué año inició la operación del Programa?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2025</div>	<p>10. ¿El programa cuenta con algún documento normativo (por ejemplo: reglas de operación, lineamientos, políticas de operación, manual administrativo, guía, criterios u otros)</p> <p>1. Sí → PASAR A 11 2. No</p>	<p>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1. Sí</div>	<p>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?</p> <p>1. Sí → PASAR A 13 2. No → TERMINAR CUESTIONARIO</p>
<p>11. ¿Cuál es el nombre completo del documento normativo vigente que rige la operación del Programa?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Reglas de Operación del Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente del Estado de Morelos.</div>			
<p>12. ¿El documento normativo se encuentra disponible en algún sitio web?</p> <p>1. Sí 2. No → PASAR A 14</p> <p>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1. Sí</div>	<p>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.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"><a href="https://www.morelos.gob.mx/autonomia-para-el-bienestar">https://www.morelos.gob.mx/autonomia-para-el-bienestar</a></div>		
<p>14. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuál es el objetivo general del Programa?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Contribuir en el incremento de la movilidad, la autonomía y el bienestar de las personas con discapacidad motriz, múltiple o con movilidad reducida del estado de Morelos, a través de la reparación de sillas de ruedas clínicas, así como de la entrega de aparatos funcionales.</div>			
<p>15. Conforme al documento normativo o en su caso de acuerdo al sitio web del Programa, ¿cuáles son los objetivos específicos del Programa?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I. Realizar la reparación de sillas de ruedas clínicas.</li> <li>2. II. Otorgar aparatos funcionales destinados a mejorar la movilidad y bienestar de vida.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> </ol>			
<p>16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Mil seiscientas Personas con Discapacidad motriz que cuenten con una silla de ruedas clínica o requieran algún tipo de aparato funcional, y que residan, preferentemente, en las Zonas de Atención Prioritaria determinadas por COEVAL para el ejercicio 2025.</div>			
<p>17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?</p> <p>SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">2. Estatal</div> <p>SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1 → 17.1 Entidad Federativa <input type="text" value="Morelos"/> Clave de Entidad <input type="text" value="Morel"/></p> <p>SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2 → 17.2 Municipio <input type="text" value="Clave de Municipio"/> Clave de Municipio <input type="text" value=""/></p>			
IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES			
<p>18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">109,255</div>	<p>18.1 Unidad de Medida</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">personas</div>	<p>19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">1,600</div>	<p>19.1 Unidad de Medida</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">personas</div>
<p>20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"></div>	<p>20.1 Unidad de Medida</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"></div>		

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?	\$ _____ 776,000								
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	<input type="checkbox"/>						
Núm.	24. Participante	25. Nombre del Programa, Fondo, Institución, Asociación, OSC. <small>PARA EL CASO DE BENEFICIARIOS O DE GRUPOS DE BENEFICIARIOS ESCRIBIR: PERSONAS BENEFICIARIAS O GRUPOS DE BENEFICIARIOS</small>	26. Orden de gobierno <small>PARA EL CASO DE PERSONAS BENEFICIARIAS / GRUPOS Y/O ASOCIACIONES NO APlica</small>	27. Tipo de participación					
1	Autonomía, Libertad en Movimiento Asociación Civil	Programa de Entrega de Aparatos Funcionales y Apoyos para la Reparación de Sillas de Ruedas Clínicas de Personas con Discapacidad y Movilidad Reducida Permanente		reparaciones de sillas de ruedas clínicas					
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?									
<input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/>
2. Salud	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 2. No						
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