

# Cuestionario Único para el Análisis de Programas Sociales

## CONTROL DEL CUESTIONARIO

Folio CUAPS: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: 2017

Folio del Registro de Adhesión del SISI: \_\_\_\_\_

Clave de usuario: \_\_\_\_\_

## I. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA

1.1 Nombre del Programa:

1.2 Clave presupuestal:

2.1 Nombre de la Dependencia Responsable:

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?

2013

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 CORRESPONDA

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

Ley de Atención Integral para Personas con Discapacidad en el Estado de Morelos

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.

<http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/LDISCAPAEM.pdf>

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

Favorecer la movilidad de las personas con discapacidad, con asistencia médica, de rehabilitación y dispositivos de asistencia personal.

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

1. Brindar atención médica a personas con discapacidad para favorecer su desarrollo.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través de terapias de rehabilitación.
3. Otorgar dispositivos de asistencia personal para favorecer su movilidad.
- 4.
- 5.

16. ¿Cuál es la población objetivo del Programa?

Personas con Discapacidad

17. ¿Cuál es la cobertura geográfica del Programa?

SELECCIONAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

2. Estatal

SI SELECCIONÓ ESTATAL, LLENAR 17.1

→ 17.1 Entidad Federativa

Morelos

Clave de Entidad

17

SI SELECCIONÓ MUNICIPAL, LLENAR 17.1 y 17.2

→ 17.2 Municipio

Clave de Municipio

**IV. CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES**

18. ¿Cuál es la cuantificación de la población potencial?	12,400	18.1 Unidad de Medida	Personas
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?	5,570	19.1 Unidad de Medida	Personas
20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?	3,100	20.1 Unidad de Medida	Personas

**V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA**

21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior?	\$	300,000
22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente?	\$	1,070,000

**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  1. Sí

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	4. Personas beneficiarias, grupos y/o asociaciones	Instituciones Privadas	2. Estatal	3. Ambos
2	3. Instituciones o dependencias	Instituto Morelense de Información Pública y Estadística	2. Estatal	2. Operación (incluye recursos humanos y materiales)
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 type="checkbox"/> |
| 2. Salud <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Vivienda <input type="checkbox"/>     | 6. Trabajo <input type="checkbox"/>        | 8. No discriminación <input 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  1. Sí

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	Dispositivos de asistencia personal	Favorecer la movilidad de las personas con discapacidad,	Personas con Discapacidad	1
2	Centros de rehabilitación integral Cuautla, Jojutla.	Otorgar a las personas asistencia médica, servicios de pre	Personas con Discapacidad	4
3	Centro de rehabilitación y educación especial.	Otorgar a las personas asistencia médica, servicios de pre	Personas con Discapacidad	10
4				
5				

6				
7				
8				
9				
10				

**IX. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS**

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	34. Nombre del apoyo	35. Describa el apoyo <i>EJEMPLO: SON BECAS A ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR</i>	36. ¿A qué tipo de población se le entrega el apoyo?	
				36.6 ESPECIFICAR	
1	1	Dispositivos de Asistencia Personal	Entrega de bastones, sillas de ruedas, andaderas	1. Persona	
2	1	Atención Médica	Consulta médica con especialista	1. Persona	
2	2	Terapia Física	Rehabilitar la función neuromotriz	1. Persona	
2	3	Terapia de Lenguaje	Rehabilitar la función comunicativa	1. Persona	
2	4	Terapia Psicológica	Análisis de historia de vida	1. Persona	
3	1	Atención Médica	Consulta médica con especialista	1. Persona	
3	2	Terapia Física	Rehabilitar la función neuromotriz	1. Persona	
3	3	Terapia de Lenguaje	Rehabilitar la función comunicativa	1. Persona	
3	4	Terapia Psicológica	Análisis de historia de vida	1. Persona	
3	5	Terapia Ocupacional	Mejorar actividades de la vida diaria humana	1. Persona	
3	6	Ortesis y Prótesis	Realización y entrega de prótesis de miembros	1. Persona	
3	7	Odontología	Rehabilitación bucal	1. Persona	
3	8	Optometría	Realización de examen visual	1. Persona	
3	9	Oftalmología	Consulta médica con especialista	1. Persona	
3	10	Laboratorio	Exámenes médicos especializados	1. Persona	

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	37. ¿Qué tipo de apoyo se les otorga a los beneficiarios?							38. ¿Con qué periodicidad se realiza la acción o se entrega el apoyo?		39. ¿A qué monto equivale el apoyo que se otorga?	
		<input checked="" type="checkbox"/> MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS							SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE		ANOTAR EL MONTO CONFORME A LA PERIODICIDAD SEÑALADA. SI NO EXISTE EQUIVALENCIA, PASAR A 40.	
		A	B	C	D	E	F	G	37.G ESPECIFICAR	38.11 ESPECIFICAR	MONTO EN PESOS	PERIODICIDAD
1	1		X						10. Única vez			
2	1					X			2. Semanal			
2	2					X			2. Semanal			
2	3					X			2. Semanal			
2	4					X			2. Semanal			
3	1					X			2. Semanal			
3	2					X			2. Semanal			
3	3					X			2. Semanal			
3	4					X			2. Semanal			
3	5					X			2. Semanal			
3	6					X			10. Única vez			
3	7					X			2. Semanal			
3	8					X			2. Semanal			
3	9					X			2. Semanal			
3	10					X			2. Semanal			
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
0	0											
		<b>40. ¿En qué indicador de la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL contribuye directamente el apoyo?</b> <input checked="" type="checkbox"/> MARCAR TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN CONFORME AL SIGUIENTE LISTADO. ACEPTA VARIAS RESPUESTAS. SOLO SI SE RESPONDE "NINGUNA DE LAS ANTERIORES" PASAR A 41. SI SELECCIONA ALGUNO DE LOS INDICADORES PASAR A LA PREGUNTA 42. A. Reduce la inseguridad alimentaria severa B. Reduce la inseguridad alimentaria moderada C. Incrementa el número de viviendas con piso firme D. Incrementa el número de viviendas con techo de losa de concreto o viguetas con bovedilla, terrado con vigería, lámina metálica, asbesto, palma, teja o de calidad superior E. Reduce el número de viviendas con muros de barro, bajareque, carrizo, bambú, palma, lámina de cartón, metálica, asbesto o material de desecho							<b>41. Si el apoyo no contribuye en ninguno de los indicadores mencionados en la pregunta anterior. Indique la temática que atiende.</b>  1 Educación 2 Salud 3 Alimentación 4 Vivienda 5 Medio Ambiente			



**X. APOYOS DEL PROGRAMA: FOCALIZACIÓN**

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

**XI. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS**

Número de componente, subprograma, vertiente o modalidad	Número de apoyo (acción, intervención o subsidio)	43. ¿El apoyo genera un listado o Padrón de Beneficiarios?	44. ¿Qué tipo de listado o padrón genera el apoyo?		45. ¿Con qué periodicidad se actualiza el listado o padrón de beneficiarios del apoyo?		46. ¿Cuenta con información georreferenciada del apoyo?	47. ¿Utiliza algún instrumento de recolección socioeconómica para identificar a los posibles beneficiarios del apoyo?	
		1. Sí 2. No → PASAR A 45	SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE  44.4 ESPECIFICAR		SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE  45.7 ESPECIFICAR		SELECCIONAR LA OPCIÓN EN LA FILA CORRESPONDIENTE	1. Sí 2. No	¿CUÁL?
1	1	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
2	1	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
2	2	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
2	3	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
2	4	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	1	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	2	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	3	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	4	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	5	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	6	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	7	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	8	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	9	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
3	10	1. Sí	1. Personas		1. Mensual		2. No	1. Sí	Estudio Socioeconómico
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								
0	0								

**XII. OBSERVACIONES**

**FIRMAS**

ELABORÓ

AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA

---

 Joaquín Ledesma Avila  
 Coordinador de Atención a la Discapacidad

---

 Elva Jazmín Fadul Guillén  
 Directora General del Sistema DIF Morelos