

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: Integración Social para Personas con Discapacidad 1.2 Clave presupuestal: 40-8-6
2.1 Nombre de la Dependencia Responsable: Secretaría de Salud Dependencia Responsable: 8
3.1 Nombre de la Unidad Administrativa: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Morelos 3.2 Clave de la Unidad Administrativa: 40-8-6
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
Nombre(s) Jorge Erik Primer apellido Alquicira Segundo apellido Cedillo
Cargo Director General Teléfono 7773141010 Extensión 303
Correo electrónico institucional direcciongeneral @ difmorelos.com

7. Datos del Titular del Programa
Nombre(s) Rubén Primer apellido Navarro Segundo apellido Toledo
Cargo Coordinador de Atención a la Discapacidad Teléfono 7771777177 Extensión 102
Correo electrónico institucional coordinacion.discapacidad @ difmorelos.com

8. Datos del Enlace del Programa
Nombre(s) Dulce María Primer apellido Morales Segundo apellido García
Cargo Jefa de Departamento de Atención y Servicios a Personas con Discapacidad Teléfono 7771777177 Extensión 108
Correo electrónico institucional atencion.discapacidad @ difmorelos.com

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?

Manuel de Procedimientos de la Coordinación de Atención a la Discapacidad

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/reglamentos_estatales/pdf/EORGDIFMORELOS.pdf

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

Promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades.

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

1. Establecer condiciones de inclusión de personas con discapacidad para lograr equidad en la promoción, el disfrute y la producción de servicios artísticos y culturales.

2.

3.

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 CORRESPOND

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?	5,770	18.1 Unidad de Medida	Personas
19. ¿Cuál es la cuantificación de la población objetivo?	550	19.1 Unidad de Medida	Personas
20. ¿Cuál fue la población atendida en el ejercicio fiscal anterior?	550	20.1 Unidad de Medida	Personas

V. RECURSOS FINANCIEROS DEL PROGRAMA

21. ¿Cuál fue el monto presupuestal ejercido en el ejercicio fiscal inmediato anterior?	\$ 10,000
22. ¿Cuál es el monto presupuestado para el ejercicio fiscal vigente?	\$ 12,200

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. 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	3. Instituciones o dependencias	Servicio Nacional del Empleo	2. Estatal	2. Operación (incluye recursos humanos y materiales)
2	1. Programa	Sistema DIF Nacional	1. Federal	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. ACEPTE VARIAS RESPUESTAS

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| 1. Educación <input checked="" 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 type="checkbox"/> | 4. Vivienda <input type="checkbox"/> | 6. Trabajo <input checked="" 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 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	Inclusión laboral y educativa para personas con discapacidad	Contribuir a la integración educativa y laboral de las personas con discapacidad	Personas con discapacidad	2
2	Inclusión recreativa, cultural y del deporte para personas con discapacidad	Favorecer la inclusión recreativa, cultural y deportiva de las personas con discapacidad	Personas con discapacidad	3
3	Credencial nacional para personas con discapacidad	Beneficia a las personas con discapacidad para acceder a servicios	Personas con discapacidad	1
4	Dispositivos de Asistencia Personal	Beneficia a la población con discapacidad al donar de basura	Personas con discapacidad	1
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 "FOCALIZACIÓN" por cada apoyo registrado anteriormente

XI. APOYOS DEL PROGRAMA: CARACTERÍSTICAS OPERATIVAS

XII. OBSERVACIONES

FIRMAS

ELABORÓ

AUTORIZÓ EL TITULAR DEL PROGRAMA

Rubén Navarro Toledo
Coordinador de Atención a la Discapacidad