



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

RODRIGO MEDINA DE LA CRUZ, GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 81, 85, FRACCIONES X Y XXVIII, 87, 88, 134 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE NUEVO LEÓN; 1, 2, 4, 8, 13, 14, 18 FRACCIONES I, II, Y X, 20 FRACCIÓN XXXI, 21 FRACCIÓN XLI, 30 FRACCIONES II, IV, V, VI Y X DE LA LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN; 6°, 7°, 9°, 30, 31 DE LA LEY DE DESARROLLO SOCIAL PARA EL ESTADO DE NUEVO LEÓN; 4°, 5°, 10, 31 Y 32 LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN; Y,

CONSIDERANDO

- I. Que el Plan Estatal de Desarrollo 2010-2015, establece como uno de sus ejes estratégicos generales el Gobierno Productivo y de Calidad. Estrategia que consiste, entre otras cosas, en propiciar que todos los miembros de nuestra sociedad tengan similares oportunidades de desarrollar sus capacidades como un medio para que puedan realizar su potencial de progreso así como fortalecer acciones dirigidas a lograr el respeto, equidad y accesibilidad universal para las personas con discapacidad.
- II. Que conforme a lo dispuesto por los artículo 4 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, 6° de la Ley de Desarrollo Social y 10 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Nuevo León, para el despacho de los asuntos que competan al Poder Ejecutivo; el Gobernador del Estado se auxiliará de las dependencias y entidades que señalan la Constitución Política del Estado, la propia Ley Orgánica, el Presupuesto de Egresos y las demás disposiciones jurídicas vigentes en el Estado; dentro de su respectiva competencia, será la autoridad rectora del desarrollo social del Estado en la planeación y ejecución de las políticas y programas de la materia; y en relación a las Personas Adultas Mayores le corresponde realizar, promover y alentar los programas de asistencia, protección, provisión, prevención, participación y atención.

1



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

- III. Que en los términos del artículo 30 de la Ley Orgánica de la Administración Pública para el Estado, a la Secretaría de Desarrollo Social, como dependencia de la Administración Pública Estatal, entre otros asuntos, le corresponde coordinar, ejecutar y evaluar las políticas de desarrollo social para el combate a la pobreza, en beneficio de grupos o familias en situación vulnerable o de marginación rural o urbana; impulsar programas en materia de atención a la familia; desarrollar proyectos y programas para atender la problemática social, incluyendo lo relativo a la población de escasos recursos y grupos vulnerables.

- III. Que el proceso de envejecimiento de la población ha alcanzado mayor relevancia a nivel nacional, y Nuevo León no es la excepción, ya que con motivo del aumento de la esperanza de vida, conforme a los tabulados censales, el número de nuevoleonenses de 70 años y más, se incrementó de 116 mil 372 en el año 2000, a 177 mil 868 para el año 2010, que equivale al 53 por ciento en el crecimiento de este grupo poblacional. Y de acuerdo a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en Nuevo León, hacia el año 2030, por cada 100 menores de 15 años habrá 40 personas mayores de 69 años, mientras que en el año 2010, la proporción entre los mismos rangos de edad, era de 14 personas.

- IV. Que el grupo de personas de 70 años y más, vive generalmente en condiciones de marginación y pobreza, al encontrarse en una etapa de vida en que las posibilidades de contar con una fuente de ingresos, son mínimas. Y de acuerdo a información del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el 2010 el 29.2% de la población total en el Estado, residía en hogares con un ingreso inferior a la línea de bienestar, por lo que aplicando esta proporción a la población total de 70 años y más, de la muestra censal para el Estado, se estimó que 55 mil adultos mayores se encontraban en condiciones de pobreza.

- V. Que tal entorno, ha motivado al Gobierno del Estado a fortalecer el "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", con el objeto de contribuir a alcanzar el bienestar de los adultos mayores que residen en hogares en situación de pobreza. Y para el adecuado cumplimiento de los objetivos



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

trazados en dicho programa, es necesario actualizar y fortalecer sus reglas de operación.

- VI. Que el Programa se encuentra enmarcado en el Plan Estatal de Desarrollo 2010 -2015, en el Eje 7. Desarrollo Social y Calidad de Vida, en el Objetivo 7.3.2. Atender y fortalecer a las familias en situación de vulnerabilidad o riesgo social, ofreciendo apoyos, herramientas y el desarrollo de competencias que propicien su desarrollo integral y en la Estrategia 5. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven en situación de pobreza, brindándoles apoyo económico y realizando acciones que permitan su desarrollo e integración social. En el marco del Programa Sectorial de Desarrollo Social, el Programa contribuye al Objetivo Estratégico 8. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven en situación de pobreza, realizando acciones que permitan su desarrollo e integración social y con la Estrategia 1. Lograr más desarrollo personal e integración social del adulto mayor fomentando su participación en la vida económica, cultural y política de la sociedad.
- VII. Que en ese orden de ideas, el Ejecutivo Estatal a mi cargo considera oportuno el expedir las nuevas Reglas de Operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", con el propósito de seguir las políticas públicas, estrategias y acciones, que conduzcan a crear las condiciones apropiadas para su desarrollo integral y su inserción equitativa en los procesos económico, social y cultural.

En virtud de lo anteriormente expuesto y fundado, he tenido a bien expedir el siguiente:

**ACUERDO
POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS LAS REGLAS DE OPERACIÓN
DEL "PROGRAMA DE APOYO DIRECTO AL ADULTO MAYOR"**

ARTÍCULO PRIMERO.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las Reglas de Operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", cuyo



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

objeto es contribuir a alcanzar el bienestar de los adultos mayores que residen en hogares en situación de pobreza.

ARTÍCULO SEGUNDO.- A la Secretaría de Desarrollo Social corresponderá la aplicación y supervisión sobre el cumplimiento de las Reglas de Operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor".

ARTÍCULO TERCERO.- El "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", se regirá conforme a las siguientes Reglas de Operación:

1. DEFINICIONES.

Para la debida interpretación y aplicación de las reglas de operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", se entiende por:

- a) **Beneficiarios:** Las personas adultas mayores que se integren al Padrón de beneficiarios, por haber cumplido con los requisitos de elegibilidad y criterios de selección establecidos en estas Reglas.
- b) **CSIPS:** Cuestionario Socioeconómico Integrado de Programas Sociales.
- c) **Hogares en pobreza:** Son los hogares cuyos ingresos son inferiores a la línea de bienestar que establece el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).
- d) **Línea de bienestar:** Equivale al valor monetario de una canasta alimentaria, más una canasta no alimentaria de bienes y servicios que requiere una persona al mes para satisfacer sus necesidades básicas. La línea de bienestar es actualizada por el CONEVAL mensualmente. El valor de la canasta está disponible para su consulta en la página del CONEVAL:

http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza_2010/Lineas_de_bienestar_07022012.es.do;jsessionid=a9a823a54b1ba6f81b11da0835673ba7765c2c7b2b64ac1d51ad9a844c11e87c.e34QaN4LaxeOa40Pa hb0

4



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

- e) **OSC:** Organizaciones de la Sociedad Civil.
- f) **Padrón de beneficiarios:** Relación de las personas atendidas por el Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor.
- g) **Persona Adulta Mayor (PAM):** Persona de setenta años o más de edad, con residencia en el Estado de Nuevo León.
- h) **Programa:** Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor.
- i) **Secretaría:** La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Estado de Nuevo León.

2. OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a mejorar el bienestar de las personas adultas mayores en situación de pobreza.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO.

Incrementar el ingreso económico de las personas adultas mayores, así como su acceso a otros apoyos sociales.

4. LINEAMIENTOS GENERALES.

4.1. Población objetivo.

Serán sujetos de atención del Programa las personas de 70 años o más, que vivan en hogares en situación de pobreza, que no reciban ingresos por concepto de jubilación o pensión, que hayan nacido en el Estado de Nuevo León o que tengan 10 años de residir en el mismo.

4.2. Cobertura.

El Estado de Nuevo León.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

5. CRITERIOS Y REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD.

5.1. Para ingresar al Programa, se deberá cumplir con los siguientes criterios y requisitos:

Crterios	Requisitos
1. Estar interesado(a) en recibir el apoyo del Programa.	Llenar y entregar una solicitud de inscripción al Programa (Anexo A: Formato de Solicitud de Inscripción). Para acreditar su identidad, entregar copia y presentar original para cotejo de alguno de los documentos siguientes: Credencial para votar; Cartilla del Servicio Militar Nacional; Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), o Carta de Identidad expedida por autoridad municipal.
2. Tener 70 años o más.	Para acreditar su edad, entregar copia y presentar original para cotejo de la Clave Única de Registro de Población (CURP) o del acta de nacimiento. En caso de no contar con estos documentos podrá presentar copia y original para cotejo de acta de matrimonio o de nacimiento de alguno de sus hijos.
3. Haber nacido en el Estado de Nuevo León o contar con una residencia de por lo menos diez años en el mismo, y comprobar el domicilio en el que reside.	Entregar copias legibles y presentar original para cotejo, en su caso de los documentos siguientes: Acta de nacimiento. Constancia de residencia expedida por la autoridad municipal (En caso de no haber nacido en el Estado de Nuevo León). Recibo de pago de servicios con fecha de expedición no mayor a dos meses: agua, energía eléctrica, gas o teléfono.

6



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

4. Residir en un hogar en situación de pobreza.	Proporcionar al personal de la Secretaría la información que se les requiera para el llenado del CSIPS (Anexo B), y firmar bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada, tanto de manera verbal como documental, es fidedigna, así como sujetarse a verificaciones posteriores de los datos proporcionados.
---	---

5.2. Criterios de selección.

Se incorporarán al Programa los solicitantes que cumplan con los requisitos y criterios establecidos en las presentes Reglas de Operación.

Cuando no se acredite haber reunido los requisitos mencionados, excepcionalmente se podrá otorgar el apoyo, previo dictamen aprobatorio de la Secretaría.

El orden de incorporación de adultos mayores al Padrón de beneficiarios, se realizará de acuerdo a la condición de pobreza, a la fecha de registro y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.

6. TIPOS Y MONTOS DE LOS APOYOS.

Tipo de apoyo	Descripción	Características del apoyo	Sujetos a recibir
Apoyo económico directo.	Apoyo económico en tarjeta electrónica o en vale papel.	\$700.00 (Setecientos Pesos 00/100 M.N.) mensuales.	PAM inscritas en el Padrón de beneficiarios.
Vinculación con otras dependencias y con OSC.	Son servicios o apoyos para promover la atención a la salud, el desarrollo personal y el ahorro en gastos diversos.	Promover su inscripción en el Seguro Popular de acuerdo a las modalidades y normativas de atención vigentes.	PAM inscritas en el Padrón de beneficiarios que solicitan estos servicios.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

		Promover su acceso a programas de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado, de acuerdo a las modalidades y normativas de atención vigentes.	
		Promover su acceso a programas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), de Nuevo León de acuerdo a las modalidades y normativas de atención de dicho organismo.	
		Promover su acceso a los servicios que brindan las OSC.	
		Promover la obtención de la credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).	

6.1. Entrega de apoyo económico.

La Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, realizará las gestiones correspondientes para contratar a la empresa que provea a la Secretaría, de la tarjeta electrónica o vale papel, mediante los cuales otorgará los apoyos a los beneficiarios de manera directa.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

7. INSTANCIAS PARTICIPANTES.

7.1. Instancia normativa.

La Secretaría será la instancia normativa facultada para interpretar las presentes Reglas de Operación y resolver los casos no previstos en las mismas.

7.2. Instancia ejecutora.

La instancia ejecutora y responsable del Programa, será la Secretaría a través de la Dirección de Atención a Grupos Vulnerables y Participación Social, la que deberá realizar las actividades relacionadas con su operación.

La instancia ejecutora elaborará un Manual de Procedimientos del Programa, y en coordinación con la Unidad de Planeación, diseñará y aprobará los formatos que sean necesarios para su ejecución.

7.3. Coordinación interinstitucional y externa.

A efecto de realizar las acciones previstas en el Programa, la Secretaría deberá coordinarse con las dependencias y entidades competentes en la ejecución de las presentes Reglas de Operación y podrá celebrar convenios con instituciones públicas y privadas, y con las personas físicas y morales que se requieran, con la finalidad de facilitar el cumplimiento de su objetivo.

8. POLÍTICAS DE OPERACIÓN.

8.1. Los beneficiarios recibirán un apoyo económico mensual o bimestral a través de una tarjeta electrónica o vale papel proporcionado por la Secretaría. De igual forma los beneficiarios recibirán otros apoyos complementarios señalados en el numeral 6 de las presentes Reglas de Operación, que contribuyan a mejorar su nivel de vida.

8.2. Los beneficiarios que debido a su estado de salud se encuentren imposibilitados para recibir en forma directa el apoyo otorgado, podrán designar un representante mediante carta poder (anexo D). El apoderado será responsable de proporcionar al beneficiario los artículos adquiridos.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

8.3. La Instancia ejecutora en coordinación con la Dirección Jurídica de la Secretaría y con otras dependencias de gobierno, propiciará que los beneficiarios tengan acceso a diversos apoyos y servicios, que contribuyan a optimizar el bienestar de los adultos mayores.

8.4. La Instancia ejecutora será responsable de mantener actualizado el Padrón de beneficiarios, de acuerdo a la normatividad legal aplicable.

8.5. La normatividad y los formatos del Programa podrán consultarse en las oficinas de la Secretaría, ubicadas en la avenida Churubusco número 495 norte, colonia Fierro, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León y en la página electrónica establecida en el sitio <http://www.nl.gob.mx/?P=sdsocial>.

9. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS.

9.1. Derechos.

Los beneficiarios recibirán por parte de la Secretaría:

- a) La información necesaria de manera clara y oportuna para participar en el Programa;
- b) Un trato digno, respetuoso, oportuno, con calidad y equitativo, sin discriminación alguna;
- c) Atención y apoyos sin costo alguno, y
- d) La confidencialidad y protección de sus datos personales.

9.2. Obligaciones.

Los beneficiarios deberán:

- a) Proporcionar la información que se le requiera, bajo protesta de decir verdad, de conformidad con estas Reglas de Operación;
- b) Firmar la carta de derechos y obligaciones del beneficiario (anexo C);

10



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

- c) Atender los asuntos contenidos en las notificaciones que le haga llegar la Secretaría por cualquier medio (impreso, telefónico o electrónico);
- d) Notificar a la Secretaría en caso de cambio de domicilio; proporcionando el nuevo, y
- e) En caso de hacerse acreedor de algún tipo de pensión o jubilación notificarlo a la Secretaría.

10. CAUSAS DE CANCELACIÓN DE LOS APOYOS A LOS BENEFICIARIOS.

10.1. Serán causas de cancelación del apoyo las siguientes:

- a) El fallecimiento del beneficiario;
- b) Detectar que la información otorgada para la obtención de los apoyos referidos en este Programa resulta falsa;
- c) Dejar de cumplir con los requisitos que para la obtención de los apoyos refieren las presentes Reglas de Operación;
- d) Si el beneficiario cambia su domicilio fuera del Estado;
- e) No acudir a recoger su apoyo por tres veces consecutivas, en caso de Vale Papel;
- f) No utilizar su apoyo dentro del término de cuatro meses en caso de Tarjeta Electrónica;
- g) Incumplir con las obligaciones señaladas en el numeral 9.2. de las presentes Reglas de Operación, y
- h) Hacer uso indebido del apoyo económico directo otorgado, tales como:
Traspasar, cambiar o vender la tarjeta o vale papel, y/o comprar cigarros, bebidas embriagantes o drogas, y
Si el beneficiario adquiere algún tipo de pensión o jubilación.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

En caso de que la Secretaría cancele el apoyo otorgado, el beneficiario podrá interponer el recurso de inconformidad previsto en el Título VIII de la Ley de Desarrollo Social para el Estado de Nuevo León.

11. CONTRALORÍA CIUDADANA.

La participación social en las actividades de vigilancia del Programa estará a cargo de la comunidad en general y particularmente de los beneficiarios, mediante el mecanismo de contraloría ciudadana, la que de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León, podrá:

- 1) Supervisar y vigilar el cumplimiento de criterios de elegibilidad de beneficiarios;
- 2) Solicitar que se dé seguimiento al Programa;
- 3) Obtener información sobre los derechos de los beneficiarios;
- 4) Conocer las obligaciones del Programa, y
- 5) Verificar que el desempeño de los servidores públicos asignados al Programa, se realice con honestidad y calidad.

Para tal efecto la Unidad de Comunicación Social de la Secretaría, hará del conocimiento de la comunidad en general y particularmente de los beneficiarios, el contenido del presente punto, para su debido cumplimiento.

12. TRANSPARENCIA.

La Secretaría deberá realizar las acciones administrativas conducentes al debido cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Nuevo León.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

13. REGISTRO DE OPERACIONES PROGRAMÁTICAS Y PRESUPUESTALES.

13.1. Avance físico-financiero.

La Secretaría llevará a cabo el seguimiento en el ejercicio de los recursos asignados al Programa por conducto de la Dirección Administrativa de la Secretaría y, en coordinación con la Dirección de Atención a Grupos Vulnerables y Participación Social, se dará seguimiento a las acciones ejecutadas, resultados, indicadores y metas alcanzadas, con la finalidad de que la asignación de los recursos en la ejecución del Programa resulte eficiente.

13.2. Cierre de ejercicio.

La Secretaría a través de la Dirección Administrativa, integrará el Cierre de Ejercicio para revisión de la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado, cumpliendo con la normatividad legal aplicable. La información y documentación relativas al Programa, deberán conservarse para la revisión de la cuenta pública y demás efectos legales conforme a las disposiciones legales aplicables. La comprobación de recursos deberá efectuarse conforme a la normatividad aprobada por la Secretaría de Finanzas y Tesorería General del Estado y demás que resulte aplicable.

14. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.

Para el desarrollo de diversas acciones asociadas con una eficiente planeación, programación, operación, seguimiento, supervisión y evaluación del Programa, se deberán de aplicar los principios de austeridad, optimización, racionalización, disciplina y eficientización de los recursos, estableciendo prioridad al gasto social procurando optimizar, en la medida de lo posible, el gasto de administración.

15. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

15.1. Conforme a lo establecido en el título III, capítulo II de la Ley de Desarrollo Social para el Estado y los recursos financieros disponibles, la Secretaría propiciará una evaluación externa del programa.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

15.2. La Secretaría podrá llevar a cabo los procesos de monitoreo y evaluación internos que se consideren apropiados, conforme a las necesidades del Programa y los recursos disponibles.

15.3. La Unidad de Planeación de la Secretaría, será la responsable de elaborar la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) del Programa, y la Instancia Ejecutora tendrá bajo su responsabilidad su implementación operativa y el monitoreo de la misma.

15.4. Para efecto de llevar a cabo la elaboración de los indicadores de la MIR y su monitoreo y evaluación, la Instancia Ejecutora deberá aplicar a los beneficiarios del Programa el CSIPS (anexo B).

16. CONTROL Y AUDITORÍA.

La Instancia ejecutora será responsable de la supervisión directa de las acciones, así como de verificar que en su ejecución se cumpla con la normatividad aplicable. Los recursos de este Programa, podrán ser auditados por las instancias competentes conforme a la legislación vigente en la materia.

17. QUEJAS Y DENUNCIAS.

Las quejas o denuncias respecto de la operación y entrega de apoyos del Programa, o algún otro aspecto relacionado con el mismo, podrán ser presentadas por los beneficiarios o por la población en general ante la Contraloría y Transparencia Gubernamental.

18. VERIFICACIÓN.

La Secretaría verificará periódicamente que las actividades previstas para el Programa, se realicen de conformidad con el mismo, y en caso de detectarse fallas o desviaciones, tomará las medidas conducentes para subsanarlas. Si advirtiera la necesidad de modificar el Programa, la Secretaría hará el planteamiento respectivo al Titular del Ejecutivo del Estado para su análisis, y en su caso aprobación.

14



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

19. DIFUSIÓN.

Estas Reglas de Operación, además de su publicación en el Periódico Oficial del Estado, están disponibles para su consulta en las oficinas de la Secretaría y en la página electrónica establecida en el sitio: <http://www.nl.gob.mx/?P=sdsocial>.

20. PROMOCIÓN.

La Secretaría y la Coordinación General de Comunicación Social, de la Secretaría General de Gobierno, serán las encargadas de realizar la promoción y divulgación de las acciones del Programa. La papelería oficial, la publicidad y promoción del Programa, deberán incluir la siguiente leyenda:

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan los contribuyentes".

TRANSITORIOS

PRIMERO: Las presentes Reglas de Operación entrarán en vigor el día de su publicación en el Periódico Oficial del Estado y continuarán vigentes hasta la emisión, en su caso, de nuevas reglas o modificaciones.

SEGUNDO: Se abrogan las Reglas de Operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", publicadas en el Periódico Oficial del Estado de fecha 29 de enero de 2010.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

Dado en el Despacho del Poder Ejecutivo del Estado, en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, a los 19-diecinueve días del mes de diciembre del año 2012 dos mil doce.



GOBIERNO DEL ESTADO
DE NUEVO LEÓN
PODER EJECUTIVO

EL G. GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

RODRIGO MEDINA DE LA CRUZ

EL C. SECRETARIO GENERAL DE
GOBIERNO

ÁLVARO IBARRA HINOJOSA

EL C. SECRETARIO DE FINANZAS Y
TESORERO GENERAL DEL ESTADO

RODOLFO GÓMEZ ACOSTA

LA C. SECRETARIA DE
DESARROLLO SOCIAL

JUANA AURORA CAVAZOS
CAVAZOS

LA PRESENTE HOJA DE FIRMAS CORRESPONDE AL ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL "PROGRAMA DE APOYO DIRECTO AL ADULTO MAYOR", DE FECHA 19-DIECINUEVE DE DICIEMBRE DE 2012-DOS MIL DOCE.



GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor
ANEXO A: Solicitud de Inscripción



FOLIO _____

Se considera como información confidencial aquella que se refiere a los datos personales. La información que a continuación se recibirá, se ingresará a una base de datos donde solo personal adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social podrá conocerla para su debido tratamiento. Es de carácter obligatorio y de no proporcionarnos no se podrá llevar a cabo su trámite. La información que se proporcione podrá ser rectificadas o canceladas, mediante la presentación de su solicitud respectiva.

El personal que tiene acceso a sus datos personales cuenta, por escrito, con su compromiso de mantener la confidencialidad de los datos e información de los padrones y sistemas de beneficiarios de los diferentes programas y acciones que lleva a cabo la Secretaría de Desarrollo Social.

UBICACIÓN DE LA VIVIENDA
Calle, avenida, callejón, carretera, camino, boulevard, km
Entre calles y
Número ext. Número int.
Colonia, fraccionamiento, barrio o comunidad
Código Postal
Municipio
Localidad
Teléfono o Celular

INFORMACIÓN GENERAL DEL ADULTO MAYOR
Nombre(s)
Apellido Paterno Apellido Materno
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) ¿Cuántos años tiene usted?
Años:
CURP

Estado y municipio de la República Mexicana en que nació
Estado:
Municipio:
País extranjero:

Para quienes no nacieron en Nuevo León
¿Cuántos años tiene viviendo en Nuevo León? Años:

Table with 1. Recibe Ud. Ingresos por alguno de los siguientes conceptos: and columns for Si/No. Rows include Pensión, Jubilación, Ayuda de familiares que viven en México, Ayuda familiares que viven en el extranjero, No recibe.

2. Si recibe pensión o jubilación, ¿cuánto recibe mensualmente y de que institución?
\$
Institución:

3. ¿Cuenta con servicios de salud?
No
Si

Para quien contesta Sí en la pregunta 3, realice la pregunta 4 y continúe el cuestionario, de lo contrario continúe en la pregunta 5.

Table with 4. ¿En qué institución está afiliada para recibir servicios de salud? and columns for Seguro Popular, IMSS, ISSSTE and Clínica de la UANL, Clínica de Maestros, Clínica Vidriera.

ISSSTELEON	<input type="checkbox"/>	Clínica Nova	<input type="checkbox"/>
PEMEX	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
		¿Cuál?	

5. ¿Cuenta con el Apoyo del Programa Federal 70 y más?	
No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

6. Recibe apoyos de otros programas sociales del gobierno municipal, estatal o federal?	
No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

Para quien contesta Si en la pregunta 6, realice la pregunta 7 y continúe el cuestionario, de lo contrario continúe en la pregunta 8.

7. Mencione los programas sociales de los cuales recibe apoyos.	

8. ¿Cuenta usted con la credencial del INAPAM?	
No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

9. ¿Está usted afiliado a alguna Institución de atención a los Adultos Mayores?, ¿A cuál?	
No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>
Afiliado a :	

10. Durante los últimos tres meses ¿Presentó alguna de las siguientes enfermedades? Señale con una X.	
---	--

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la próstata (solo para hombres)	<input type="checkbox"/>
Otra: _____	<input type="checkbox"/>

11. Si requiere alguno de los siguientes aparatos funcionales, Señale con una X	
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>
Bastón	<input type="checkbox"/>
Lentes	<input type="checkbox"/>
Prótesis dental	<input type="checkbox"/>

12. En caso de tener alguna Discapacidad, ¿Cuenta usted con la Credencial Nacional para personas con Discapacidad?	
No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

Fecha en que se presenta la solicitud de inscripción:

Día: | | | Mes: | | | Año: | | | | |

Manifiesto bajo palabra de decir verdad que la información que otorgo en el presente cuestionario es verídica y que fue otorgada sin presión alguna, responsabilizándome del contenido de la misma. A la vez autorizo que se me realice una visita domiciliaria.

Nombre del (la) solicitante

Firma

Este Programa es de Carácter Público ajeno a cualquier Partido Político.
Queda prohibido el uso para fines distintos al Desarrollo Social.



GOBIERNO DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN
ANEXO B: CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO INTEGRADO
DE PROGRAMAS SOCIALES
CSIPS



FOLIO 1 - - - - -

Se considera como información confidencial aquella que se refiere a los datos personales. La información que a continuación se recibirá, se ingresará a una base de datos donde solo personal adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social podrá conocerla para su debido tratamiento. Es de carácter obligatorio y de no proporcionarlos no se podrá llevar a cabo su trámite. La información que se proporcione podrá ser recuñificada o cancelada, mediante la presentación de su solicitud respectiva.

El personal que tiene acceso a sus datos personales cuenta, por escrito, con su compromiso de mantener la confidencialidad de los datos e información de los padrones y sistemas de beneficiarios de los diferentes programas y acciones que lleva a cabo la Secretaría de Desarrollo Social.

MODULO UBICACION DE LA VIVIENDA

Calle, avenida, andador, cerrada, callejón o privada, camino entre otros _____ Manzana _____ Lote _____

Número ext. Número int. Entre la calle de _____ y la calle de _____

La calle de atrás es _____ Colonia _____ Código postal _____

Municipio _____ Localidad _____

Referencias de ubicación _____ Teléfono _____

Claves INEGI (USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL)

Clave municipio: 1 _ _ _ Clave localidad: 1 _ _ _ _ _ AGEB: 1 _ _ _ - 1 _ _ _ Manzana: 1 _ _ _ _

CONFIDENCIALIDAD
Conforme a las disposiciones del Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

MÓDULO: CÓDIGO DE RESULTADO DEL CUESTIONARIO Y CONTROL DE LEVANTAMIENTO

CÓDIGO DEL RESULTADO DEL CUESTIONARIO	
Completa.....01	Nadie en casa.....05
Informante inadecuado*.....04	Vivienda de uso temporal.....08
Informante inadecuado*.....04	Vivienda no valida.....12
Incompleta.....02	Ausentes temporales.....06
Se negó a dar información.....03	Vivienda desocupada.....07
	La familia ya no vive en la localidad.....11
	No se localizó la vivienda en la localidad.....09
	Defunción del único integrante del hogar.....10

*Informante adecuado debe cumplir con las siguientes características:

- I. Residente habitual del hogar
- II. Con al menos 15 años de edad
- III. Que conozca la información necesaria de todos los integrantes del hogar
- IV. Que no tenga ningún impedimento para comprender, razonar y responder las preguntas que contengan el cuestionario
- V. Que no se encuentre bajo el influjo de alcohol o enervantes

CONTROL DEL LEVANTAMIENTO

Nombre del informante: _____

Número de renglón..... | | | | (Escribalo después de registrar a todos los integrantes)

Nombre del encuestador: _____

Fecha del levantamiento ... Día | | | | Mes | | | | Año | | | |

Hora de inicio..... | | : | | Hora de término | | : | |

MÓDULO: RESIDENTES E IDENTIFICACIÓN DE HOGARES EN LA VIVIENDA

NÚMERO DE PERSONAS

1. ¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda, contando a los niños chiquitos y a los ancianos?
(Cuenta también a los huéspedes que duermen aquí)

HOGARES EN LA VIVIENDA

2. ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer? Si No Pase a la p.4

3. ¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen un gasto separado para comer contando el da usted?
HOGARES EN LA VIVIENDA

4. ¿Hay personas en este lugar que paguen por dormir aquí en su vivienda? Si No

2 de 16

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

CLASE DE VIVIENDA PARTICULAR	COCINA	DISPONIBILIDAD DE AGUA	USO EXCLUSIVO
5. Esta vivienda es: 1. Casa independiente 2. Departamento en edificio 3. Vivienda en vecindad 4. Vivienda en cuarto de azotea 5. Vivienda en terreno familiar 6. Local no construido para habitación	9. ¿Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar? Cruce Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → PASE A P. 11	13. ¿En esta vivienda tienen...? 1. Agua entubada dentro de la vivienda 2. Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno 3. Agua entubada de llave pública (o hidrante) 4. Agua entubada que acarrea de otra vivienda 5. Agua de pipa 6. Agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra. PASE A LA P. 15	17. ¿El servicio sanitario lo comparten con otra vivienda? Cruce Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
6. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de esta vivienda? 1. Material de deshecho 2. Lámina de cartón 3. Lámina de asbesto o metálica 4. Carrizo, bambú o palma 5. Embarro o bajareque 6. Madera 7. Adobe 8. Tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto	10. ¿En el cuarto donde cocinan también duermen? Cruce Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	TIEMPO EN ACARREO DE AGUA 14. ¿Cuánto tiempo tarda en acarrear agua a su vivienda? Anote el número de horas y/o minutos horas <input type="text"/> minutos <input type="text"/>	ADMISIÓN DE AGUA 18. ¿El servicio sanitario...? 1. Tiene descarga directa de agua 2. Le echan agua con cubeta 3. No se le puede echar agua
7. ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta vivienda? 1. Material de deshecho 2. Lámina de cartón 3. Lámina metálica 4. Lámina de asbesto 5. Palma o paja 6. Madera o tejamanil 7. Terrado con viga 8. Teja 9. Losa de concreto o viguetas con Bovedilla	11. ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos y baños? Anote el número <input type="text"/>	MANEJO DEL AGUA 15. ¿Qué tratamiento le dan al agua que utilizan para tomar? 1. Se hierva 2. Se le agrega algún desinfectante 3. Utiliza algún filtro 4. Otro (especifique) 5. No le da ningún tratamiento.	DRENAJE 19. ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a...? 1. La red pública 2. Una fosa séptica 3. Una tubería que va a dar a una barranca o grieta 4. Una tubería que va a dar a un río o lago 5. No tiene drenaje
8. ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda? 1. Tierra 2. Cemento o firme 3. Madera, mosaico u otro recubrimiento	12. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (no cuente pasillos ni baños) Anote el número <input type="text"/>	ESCUSADO 16. ¿Tienen escusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro? Cruce Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → PASE A P. 19	ELECTRICIDAD 20. ¿En esta vivienda la luz eléctrica la obtienen...? 1. Del servicio público 2. De una planta particular 3. De panel solar 4. De otra fuente 5. No tiene luz eléctrica → PASE A P. 22

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

ESCRITURA O TÍTULO DE PROPIEDAD

25. ¿A nombre de quién están las escrituras de la vivienda que habita?

- 1 A nombre del(a) jefe(a) del hogar.....
- 2 A nombre de otro miembro del hogar.....
- 3 A nombre de otro familiar.....
- 4 A nombre de otra persona (no familiar).....
- 5 Asociación ejidal.....
- 6 No tiene escrituras.....

SERVICIOS CON QUE CUENTA EL HOGAR

26. ¿Este hogar cuenta con.....? ¿Y funciona?

	¿Tiene?	¿Funciona?		
	SI	No	SI	No
Línea telefónica.....	1	2	1	2
Teléfono móvil.....	1	2	1	2
Televisión de paga.....	1	2		
Internet.....	1	2		

EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

27. Esta vivienda tiene.....?

	SI	No
Lavadero.....	1	2
Fregadero o tarja.....	1	2
Regadera.....	1	2
Tinaco en la azofo.....	1	2
Cisterna o aljibe.....	1	2
Píctta, tanque o depósito de agua.....	1	2
Calentador de agua (boiler).....	1	2
Medidor de luz.....	1	2
Bomba de agua.....	1	2
Tanque de gas estacionario.....	1	2
Aire acondicionado.....	1	2
Calefacción.....	1	2

FOCOS

21. ¿Cuántos focos tiene esta vivienda?

Anote el número

--	--

COMBUSTIBLE

22. ¿El combustible que más usan para cocinar es.....?

- 1 Leña.....
- 2 Carbón.....
- 3 Gas de tanque.....
- 4 Gas natural o de tubería.....
- 5 Electricidad.....
- 6 Otro combustible.....

ELIMINACIÓN DE BASURA

23. ¿La basura de esta vivienda.....?

- 1 La recoge un camión o carrito de basura.....
- 2 La tiran en el basurero público.....
- 3 La tiran en un contenedor o depósito.....
- 4 La queman.....
- 5 La entierran.....
- 6 La tiran en un terreno baldío o calle.....
- 7 La tiran en la barranca o grieta.....
- 8 La tiran al río o lago.....

TENENCIA

24. ¿Esta vivienda es.....?

- 1 Rentada.....
- 2 Es prestada.....
- 3 Es propia pero la están pagando.....
- 4 Es propia.....
- 5 Está intestada o en litigio.....
- 6 Otra situación.....

APARATOS Y ARTICULOS PROPIEDAD DEL HOGAR

28. ¿Este hogar cuenta con.....? ¿Y funciona?

	¿Tiene?	¿Funciona?		
	SI	No	SI	No
Radio.....	1	2	1	2
Televisor.....	1	2	1	2
DVD.....	1	2	1	2
Videocasetera.....	1	2	1	2
Licudadora.....	1	2	1	2
Horno de microondas.....	1	2	1	2
Refrigerador.....	1	2	1	2
Estufa de gas o estufa eléctrica.....	1	2	1	2
Lavadora.....	1	2	1	2
Plancha eléctrica.....	1	2	1	2
Máquina de coser.....	1	2	1	2
Ventilador.....	1	2	1	2
Computadora o lap top.....	1	2	1	2
Impresora.....	1	2	1	2
Videojuegos.....	1	2	1	2

VEHICULOS PROPIEDAD DEL HOGAR

29. ¿Este hogar cuenta con.....? ¿Y funciona?

	¿Tiene?	¿Funciona?		
	SI	No	SI	No
Automóvil.....	1	2	1	2
Camioneta cerrada o con cabina (van o minivan).....	1	2	1	2
Camioneta de caja (pick up, redilas, estaquillas).....	1	2	1	2
Motocicleta o moloneta.....	1	2	1	2
Bicicleta utilizada como medio de transporte.....	1	2		
Triciclo de carga como medio de transporte.....	1	2		
Carreta u otros vehiculos de tracción animal.....	1	2		

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NÚMERO DE RENGLÓN	LISTA DE PERSONAS		PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR		Lugar de Nacimiento
	30. ¿Cuál es el nombre de los integrantes de este hogar, empezando por el jefe o la jefa? (Incluya a los niños chiquitos, a los ancianos y a los huéspedes).	Fecha de nacimiento	30. a. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NOMBRE) ?	30. b. ¿(NOMBRE) en qué estado de la república mexicana nació? En caso de que estén disponibles, copia los datos del CURP, del acta de nacimiento o de algún documento oficial.	
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Anote la fecha con número Día Mes Año	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

- AGUASCALIENTES**.....01
Baja California.....02
Baja California Sur.....03
Campeche.....04
Coahuila.....05
Colima.....06
Chiapas.....07
Chihuahua.....08
Distrito Federal.....09
Durango.....10
Guanajuato.....11
Guerrero.....12
Hidalgo.....13
Jalisco.....14
México.....15
Michoacán.....16
Morelos.....17
Nayarit.....18
Nuevo León.....19
Oaxaca.....20
Puebla.....21
Queretaro.....22
Quintana Roo.....23
San Luis Potosí.....24
Sinaloa.....25
Sonora.....26
Tabasco.....27
Tamaulipas.....28
Tlaxcala.....29
Veracruz.....30
Yucatán.....31
Zacatecas.....32
Extranjero.....33

¡IMPORTANTE!

Circule el número de renglón que corresponde a la(s) persona(s) que solicita(n) ser beneficiaria(s) de un programa social.

ESCRIBA LOS NOMBRES COMPLETOS TAL Y COMO APARECEN EN EL ACTA DE NACIMIENTO

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

PARA TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

NOMBRES	CURP	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	PARENTESCO	SEXO	EDAD	Cruce	
						1	2
En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	30.c. ¿Cuál es el CURP de (NOMBRE)?	31. ¿(NOMBRE) ...? 1 Vive realmente aquí 2 Vive en otro lugar porque está trabajando, estudiando o por otra razón 3 Vive temporalmente aquí porque no tiene otro lugar donde vivir 4 Vive aquí, aunque por ahora está en otro lugar	32. ¿Qué parentesco tiene (NOMBRE) con el jefe(a) del hogar? 01 Jefe(a) del hogar 02 Cónyuge 03 Hijo(a) 04 Padre o Madre 05 Hermano(a) 06 Nieto(a) 07 Nuera o yerno 08 Suegro(a) 09 Hijastro(a)/Entenado(a) 10 Sobrino(a) 11 Otro parentesco 12 No tiene parentesco	33. ¿(NOMBRE) es ...? 1 Hombre 2 Mujer	34. ¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? Menores de un año, anote00 97 años ó más, anote97		
						Registre el código corresp.	Edad o código
NUMERO DE RENGLÓN							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

69

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NÚMERO DE RENGLÓN	NOMBRES En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	PARA PERSONAS DE 3 O MÁS AÑOS										ANTECEDENTE ESCOLAR 41. ¿Qué estudios le pidieron a (NOMBRE) para ingresar a (RESPUESTA DE LA PREGUNTA 40)? Escuche la respuesta y escriba el código NIVEL 1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria o bachillerato 4 Licenciatura profesional 5 Maestría							
		LENGUA INDÍGENA		HABLA ESPAÑOL		ALFABETISMO		ASISTENCIA A LA ESCUELA		NIVEL Y GRADO AL QUE ASISTE			NIVEL DE INSTRUCCIÓN						
		35. ¿(NOMBRE) habla alguna lengua indígena o dialecto? Cruce	SÍ	NO	36. ¿(NOMBRE) habla también español? Cruce	SÍ	NO	37. ¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado? Cruce	SÍ	NO	38. ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela? Cruce		39. ¿Cuál es el año o grado al que asiste (NOMBRE)? Escuche la respuesta y escriba el nivel y año al que asiste NIVEL 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria 4 Carrera técnica con secundaria terminada 5 Preparatoria o bachillerato 6 Carrera técnica con preparatoria terminada 7 Normal 8 Profesional 9 Maestría o doctorado	40. ¿Hasta qué año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela? Escuche la respuesta y escriba el nivel y año aprobado NIVEL 0 Ninguno 1 Preescolar 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria o bachillerato 5 Normal 6 Carrera técnica o comercial 7 Profesional 8 Maestría 9 Doctorado	AL TERMINAR → PASE A LA P. 42	AL TERMINAR → PASE A LA P. 42			
		SÍ	NO	PASE A P. 37	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	PASE A LA P. 40	SÍ	NO	NIVEL	Año o grado	NIVEL	Año o grado	Código	
1		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
2		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
3		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
4		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
5		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
6		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
7		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
8		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
9		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
10		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
11		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
12		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
13		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
14		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	
15		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRES En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	PARA PERSONAS DE 5 ó MÁS AÑOS RESIDENCIA 42. ¿Hace 5 años, en qué estado de la República Mexicana o país vivía (NOMBRE)?	PARA PERSONAS DE 12 ó MÁS AÑOS SITUACIÓN CONYUGAL 43. ¿Actualmente (NOMBRE).....? LEA Y ESCRIBA UN CÓDIGO 1 Vive con su pareja en unión libre 2 Está casado(a) 3 Esta separado(a) 4 Está divorciado(a) 5 Es viudo(a) 6 Esta soltero(a) PASE A LA P.45	PARA PERSONAS DE 12 ó MÁS AÑOS IDENTIFICACIÓN DEL CONYUGE 44. En este hogar, ¿vive la pareja o esposo(a) de (NOMBRE)?
NÚMERO DE RENGLÓN			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Cruce

SÍ NO

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

NÚMERO DE RENGLÓN	NOMBRES En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	CONDICIÓN LABORAL 45. ¿Qué hizo (NOMBRE) la mayor parte del mes pasado? Trabajó... Tenía trabajo pero no trabajó... Estudió y trabajó... No trabajó ni buscó trabajo... Buscó trabajo... Estudió... Realizó quehaceres domésticos...	VERIFICACIÓN DE LA OCUPACIÓN 46. El mes pasado (NOMBRE)...? Vendió algún producto... Ayudó a trabajar en algún negocio, predio o rancho familiar... Hizo productos para vender... A cambio de un pago lavó, planchó o cocinó... Ayudó a trabajar en actividades agrícolas o ganaderas... No trabajó...	PARA INTEGRANTES DE 12 O MÁS AÑOS RAZÓN POR LA QUE NO TRABAJA 47. ¿Cuál es la razón de que (NOMBRE) no haya trabajado el mes pasado? Se enfermó o estuvo incapacitado para trabajar temporalmente... Se jubiló o pensiónó... No tenía con quien dejar a los niños... Padece una enfermedad crónica, discapacidad o invalidez... Edad avanzada... Se dedica a quehaceres del hogar... Está estudiando... No hay trabajo...	NOMBRE DE LA OCUPACIÓN 48. En su trabajo principal del mes pasado, (NOMBRE) se desempeñó como... ESCRIBA LA RESPUESTA TAL Y COMO LA CONTESTARON Y ANOTE EL CÓDIGO QUE MÁS SE LE ASEMEJE A LA LISTA DE OCUPACIONES DE ABAJO: Jornalero o peón de campo... Albañil... Obrero... Empleado de gobierno... Empleado del sector privado... Patrón o empleador de un negocio... Profesionista independiente... Trabajador por cuenta propia... Empleado(a) doméstico(a)... Miembro de una cooperativa (de producción o servicios)... Ayudante en un rancho o negocio familiar sin retribución... Ayudante en un rancho o negocio... Ejecutario o comunitario... Miembro de un grupo u organización de productores... Promotor de desarrollo humano o gestor social... Artesano... Chofer (transporte de pasajeros o carga)... Vendedor ambulante... Ayudante de algún oficio... Otra ocupación... No sabe / No respondió...
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

NÚMERO DE REGLÓN	NOMBRES	ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O NEGOCIO	PARA INTEGRANTES DE 12 O MÁS AÑOS			TIPO DE CONTRATO	SUBORDINADO	DEPENDIENTE
			HORAS TRABAJADAS	CONTRATO	CONTRATO			
	En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	49. ¿Cuál es la actividad del establecimiento en donde trabaja (NOMBRE) en su empleo? (Precise lo más posible por ejemplo: venta de zapatos, preparación de alimentos y bebidas, enseñanza, vivienda particular, entre otras)	50. El mes pasado en este trabajo, ¿cuántas horas a la semana trabajo (NOMBRE)? Escuche y escriba la respuesta	51. ¿En su trabajo (NOMBRE) cuenta con un contrato escrito? Si.....1 No2 } PASE A LA P.53 No sabe3	52. El contrato de (NOMBRE).... ¿Es temporal o por obra determinada?.....1 ¿Es de base, planta o por tiempo indeterminado?...2 No sabe.....3	53. ¿En su trabajo (NOMBRE) tuvo algún jefe o supervisor?	54. Entonces, (NOMBRE) ¿se dedicó a un negocio o actividad por su cuenta?	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

MÓDULO: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

NÚMERO DE RENGLÓN	NOMBRES <small>En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.</small>	PARA INTEGRANTES DE 12 O MÁS AÑOS		INGRESOS PROVENIENTES DE OTRAS FUENTES <small>58. ¿Cuánto dinero recibió (NOMBRE) el mes pasado proveniente de....?</small> Jubilación y/o pensiones, Rentas, Becas escolares, Ahorros, Tandas, entre otros	
		INGRESOS MONETARIOS DEL TRABAJO <small>56. ¿Cuánto dinero recibe (NOMBRE) por su trabajo o actividad por su cuenta?</small>	FRECUENCIA DE INGRESO <small>57. ¿(NOMBRE) cada cuando recibe esa cantidad?</small>		
1		¿55. En ese trabajo (NOMBRE)...			
2		¿Recibe un pago?.....1			
3		¿Es un trabajador(a) sin pago en un negocio del hogar?.....2			
4		¿Es un trabajador(a) sin pago en un negocio que no es del hogar?.....3			
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

CONSIDERE CANTIDADES CERRADAS

Cruce

55. En ese trabajo (NOMBRE)...

¿Recibe un pago?.....1

¿Es un trabajador(a) sin pago en un negocio del hogar?.....2 PASE A

¿Es un trabajador(a) sin pago en un negocio que no es del hogar?.....3 LA P.58

56. ¿Cuánto dinero recibe (NOMBRE) por su trabajo o actividad por su cuenta?

Anotar 98000 si gana 98000 ó más

Anotar 99999 si no sabe o no responde

57. ¿(NOMBRE) cada cuando recibe esa cantidad?

Diario.....1
Cada semana.....2
Cada 15 días.....3
Cada mes.....4
Cada año.....5

58. ¿Cuánto dinero recibió (NOMBRE) el mes pasado proveniente de....?

Jubilación y/o pensiones, Rentas, Becas escolares, Ahorros, Tandas, entre otros

Escriba la cantidad o escriba 99999 si no recibe ingresos por estos conceptos

MÓDULO: SALUD

NOMBRES	DISCAPACIDAD		CAUSAS DE LA DISC.								PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR				SERVICIOS MÉDICOS				63. ¿Recibió atención médica? (NOMBRE)
	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	Disc	Causa	
1	1	1	2	3	4	5	6	7	8	60. ¿En qué institución está afiliado o inscrito? (NOMBRE)	61. ¿Está (NOMBRE) afiliado o inscrito por...?	62. En los últimos doce meses, ¿(NOMBRE) se ha enfermado o ha padecido de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?	63. ¿Recibió atención médica? (NOMBRE)						
2	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
3	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
4	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
5	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
6	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
7	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
8	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
9	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
10	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
11	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
12	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
13	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
14	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
15	1	1	2	3	4	5	6	7	8										

12 de 16

MÓDULO: SALUD

NÚMERO DE REGISTRO	NOMBRES En esta sección anote solo los nombres (sin apellidos) de los integrantes del hogar que registró en la pregunta 30.	PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR		MOTIVO DE NO ATENCIÓN	66. ¿Tiene (NOMBRE) contratado voluntariamente un.....?	SOLO PARA 12 O MÁS AÑOS ASEGURAMIENTO VOLUNTARIO
		ATM. A LOS PROBLEMAS DE SALUD	65. ¿Por qué no se atendió (NOMBRE)? Escuche la respuesta y anote el código que más se asemeja a dicha respuesta			
1		64. ¿En dónde se atendió (NOMBRE)? Centros de salud (Secretaría de Salud).....01 Hospital o Instituto (Secretaría de Salud).....02 Seguro Social o IMSS.....03 IMSS-Oportunidades.....04 ISSSTE.....05 ISSSTELÓN.....06 Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF).....07 Consultorios y hospitales privados.....08 Consultorio de farmacias.....09 Curandero, Herbero, comadrona, brujo, etc.....10 Se automedicó.....11 Otro (especifique).....12 No sabe.....13	65. ¿Por qué no se atendió (NOMBRE)? No hay dónde atenderse.....01 Es caro.....02 No tenía dinero.....03 La unidad médica, clínica u hospital queda lejos.....04 No lo(a) atienden aunque vaya a la unidad médica.....05 No le tiene confianza.....06 Lo(a) tratan mal donde se atiende.....07 No hablan la misma lengua que él/ella.....08 No quiso o no era necesario.....09 Hay que esperar mucho para ser atendido(a).....10 No sabe.....20	No le dan el medicamento que necesita.....11 No tuvo tiempo.....12 La unidad médica no estaba abierta después.....13 Lo dieron una cita hasta mucho tiempo después.....14 No hubo quien lo llevara.....15 No había médico en la unidad.....16 Se lo impidió un integrante de su hogar.....17 Se automedicó o autorecetó.....18 Otro motivo.....19 No sabe.....20	SAR, AFORE o fondo de pensiones.....1 Seguro privado de gastos médicos.....2 Seguro de vida.....3 Seguro de invalidez.....4 Otro tipo de seguro.....5 Ninguno de los anteriores.....6 No sabe.....7	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

REGISTRE EL CÓDIGO

REGISTRE EL CÓDIGO

REGISTRE EL CÓDIGO

REGISTRE EL CÓDIGO

REGISTRE EL CÓDIGO

MÓDULO: REMESAS Y APOYOS

Si	1
No	2

67. ¿Alguien en su hogar recibe dinero proveniente de otros países? (remesas).....
68. ¿Alguien en su hogar recibe apoyos de.....?
- LEA CADA UNA DE LAS OPCIONES Y CRUCE CON UNA "X" EN CASO AFIRMATIVO. ACEPTE VARIAS RESPUESTAS
- | | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|----|---------------------------------|----|
| Programa Apoyo al Adulto Mayor..... | 01 | Empleo Temporal (PET)..... | 05 | Apoyo Alimentario (PAL)..... | 10 |
| Programa de Atención a Personas con | | Guarderías del IMSS, ISSSTE, DIF u otras..... | 06 | PRONABES..... | 11 |
| Discapacidad..... | 02 | PROCAMPO..... | 07 | Otros apoyos (específicos)..... | 12 |
| Proyectos Productivos..... | 03 | Despensa del DIF u otros apoyos..... | 08 | | |
| 70 y más..... | 04 | Oportunidades..... | 09 | | |
- Nadie recibe apoyos.....13

MÓDULO: ACCESO A LA ALIMENTACIÓN

69. ¿Cuántas comidas al día acostumbran hacer los miembros de este hogar? (desayunos, almuerzos, comidas y cenas)..... Cantidad [] No sabe.....9

70. ¿Generalmente en una semana comen/toman en este hogar.....?

	Si	No	No sabe
Frutas	1	2	9
Verduras	1	2	9
Carne de pollo, res, cerdo o conejo (incluye jamón, salchicha o menudencias)	1	2	9
Pescado (fresco, seco o en lata)	1	2	9
Huevo	1	2	9
Cereales o leguminosas (sopa de pasta, tortillas, pan, avena, frijoles, lentejas)	1	2	9
Lácteos (leche, queso, yogurt)	1	2	9

71. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún miembro de su hogar MAYOR DE 18 AÑOS dejó de desayunar, comer o cenar?.....
- | | |
|----|---|
| Si | 1 |
| No | 2 |
72. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún miembro de su hogar MAYOR DE 18 AÑOS solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?.....
- | | |
|----|---|
| Si | 1 |
| No | 2 |
73. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tuvieron la necesidad de que un niño o niña de este hogar saliera a trabajar?.....
- | | |
|----------------------------|---|
| Si | 1 |
| No | 2 |
| No hay niños en este hogar | 3 |

14 de 16

15

MÓDULO: GASTOS

74. ¿Cuánto se gasta en promedio en su hogar por concepto de.....?

	Semanal	Mensual	Bimestral
74.1 Alimentos.....	[]	[]	[]
74.2 Transporte.....	[]	[]	[]
74.3 Agua.....	[]	[]	[]
74.4 Luz.....	[]	[]	[]
74.5 Gas.....	[]	[]	[]
74.6 Teléfono.....	[]	[]	[]
74.7 Otro gasto que considere importante: _____	[]	[]	[]

MÓDULO: REDES SOCIALES

75. ¿Cree usted que si necesitara.....?

	Imposible conseguirlo	Difícil conseguirlo	Fácil conseguirlo	Muy fácil conseguirlo	No sabe
75.1 Pedirle a alguien la cantidad de dinero que se gana en su hogar en un mes, le sería.....	1	2	3	4	5
75.2 Pedir ayuda para que cuiden a algún miembro del hogar en una enfermedad, le sería.....	1	2	3	4	5
75.3 Pedir ayuda para conseguirle a algún miembro del hogar trabajo, le sería.....	1	2	3	4	5
75.4 Pedir ayuda para que acompañen al doctor a algún miembro del hogar, le sería.....	1	2	3	4	5
75.5 Pedir ayuda para que alguien cuide a los(as) niños(as) en este hogar, lo sería.....	1	2	3	4	5
75.6 Pedir cooperación para realizar mejoras en su colonia o localidad, le sería.....	1	2	3	4	5

6. No hay niños en este hogar

Manifiesto bajo palabra de decir la verdad que la información que otorgo en el presente cuestionario, es verídica y que fue otorgada sin presión alguna, responsabilizándome del contenido de la misma. A la vez autorizo al personal de la Secretaría de Desarrollo Social para que verifique en mi domicilio la información proporcionada.

Nombre y firma o huella del beneficiario

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

16 de 16

PROGRAMA DE APOYO DIRECTO AL ADULTO MAYOR ANEXO C)

- i. El (la) C. _____, ha cumplido con los requisitos que señalan las Reglas de Operación del programa para ser considerado como beneficiario y para dicho efecto ha proporcionado los elementos de convicción que le permitieron a la Secretaría de Desarrollo Social incluirlo en el padrón de beneficiarios.

Por lo anterior, para el debido cumplimiento del Programa es conveniente expedir la presente:

CARTA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO DEL "PROGRAMA DE APOYO DIRECTO AL ADULTO MAYOR"

Derechos:

Los beneficiarios recibirán por parte de la Secretaría:

- \$700.00 pesos (Setecientos 00/100 M.N.) mensuales para la compra de alimentos y medicinas en los establecimientos que al efecto se señalan en el documento anexo. Dicha cantidad será depositada en _____ que se entregará al beneficiario.
- La información necesaria de manera clara y oportuna para participar en el Programa;
- Un trato digno respetuoso, oportuno, con calidad y equitativo, sin discriminación alguna;
- Atención y apoyos sin costo alguno y,
- La seguridad sobre la confidencialidad y protección de sus datos personales.

Obligaciones:

- Proporcionar la información que se le requiera, bajo protesta de decir verdad, de conformidad con estas Reglas de Operación;
- Firmar la Carta de Derechos y Obligaciones del Beneficiario (anexo C);
- Atender los asuntos contenidos en las notificaciones que le haga llegar la Secretaría por cualquier medio (impreso, telefónico o electrónico).
- Notificar a la Secretaría en caso de cambio de domicilio, proporcionando la nueva dirección.
- En caso de hacerse acreedor de algún tipo de pensión o jubilación notificarlo a la institución.

Causas de cancelación de los apoyos a los beneficiarios:

Serán causa de cancelación del apoyo las siguientes:

- El fallecimiento del beneficiario;
- Detectar que la información otorgada para la obtención de los apoyos referidos en este programa resulta falsa.
- Dejar de cumplir con los requisitos que para la obtención de los apoyos refieren las presentes reglas de operación
- Si el beneficiario cambia su domicilio fuera del Estado;
- No acudir a recoger su apoyo por tres veces consecutivas, en caso de Vale Papel;
- No utilizar su apoyo dentro del término de cuatro meses en caso de Tarjeta Electrónica;
- Incumplir con las obligaciones señaladas en el numeral 9.2 de las presentes Reglas de Operación;
- Hacer uso indebido del apoyo económico directo otorgado, tales como:
Traspasar, cambiar o vender la tarjeta o vale papel, y/o
Comprar cigarros, bebidas embriagantes o drogas;
- Si el beneficiario adquiere algún tipo de pensión o jubilación.

ANEXO C)

MANIFESTACIÓN DE RECEPCIÓN DEL APOYO

Hago constar que he recibido a mi entera satisfacción _____ con todos y cada uno de los beneficios del Programa y por ende cumplir con las obligaciones que como beneficiario adquiero.

Saldo en _____ en el momento de la entrega: \$ _____

Nombre y Firma del Beneficiario

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político y sus recursos provienen de los Impuestos que pagan todos los contribuyentes"

Dirección Registrada en Programa	
Calle	Autorización:
Número	Nº Cuenta:
Entre calle	Nº Tarjeta:
Colonia	Identificación
CP	
Municipio	
Localidad	

37



PROGRAMA DE APOYO DIRECTO AL ADULTO MAYOR



ANEXO D)

ANTECEDENTES

I. La Secretaría de Desarrollo Social a través del Programa de Atención al Adulto Mayor, otorga un apoyo de \$ 700.00 (Setecientos pesos 00/100 M.N.) mensuales a los adultos mayores de 70 años o más, en condiciones de pobreza y vulnerabilidad del Estado de Nuevo León, cantidad que les será entregada a las personas que en términos de las Reglas de Operación del Programa tengan el carácter de beneficiarios. El apoyo de referencia se otorga para la compra de alimentos y medicamentos en los establecimientos autorizados que para el efecto se señalen.

II. El C. _____, ha cumplido con los requisitos que señalan las Reglas de Operación del programa para ser considerado como beneficiario y para dicho efecto ha proporcionado los elementos de convicción que le permitieron a la Secretaría de Desarrollo Social incluirlo en el padrón de beneficiarios.

III. En el punto 8.2 de las Reglas de Operación del "Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor", publicadas en el Periódico Oficial del Estado, establecen que los beneficiarios que debido a su estado de salud se encuentren imposibilitados para hacer efectivo el apoyo otorgado, podrán designar un representante mediante carta poder de conformidad con el formato que para tal efecto expide la Secretaría. El apoderado será responsable de proporcionar al beneficiario los artículos de primera necesidad adquiridos.

CARTA PODER

En el presente caso el beneficiario, debido a su discapacidad, se encuentra imposibilitado para recibir en forma directa el apoyo otorgado, por lo que de conformidad con los artículos 2448 y 2449 del Código Civil para el estado de Nuevo León designa a _____ como su representante, autorizándole a que adquiera y le proporcione los artículos de primera necesidad.

Obligaciones del Representante:

- a) Acudir en la fecha y hora indicada por el personal del Programa a recibir el apoyo del beneficiario.
- b) Destinar el apoyo otorgado exclusivamente a la compra de artículos de primera necesidad, como alimentos, medicinas y vestido y proporcionarlos directamente al beneficiario.
- c) Actualizar la información concerniente al beneficiario.

Firma del Beneficiario

Firma del Representante del Beneficiario

ID: _____

ID: _____

Datos del Representante: Calle _____ Entre calles _____ Núm. _____

Colonia o localidad _____ Municipio _____ Teléfono _____

Testigos

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

_____, Nuevo León, a los _____ días del mes de _____ de 20__.

Fecha de vencimiento: _____ Elaboró: _____

"Este Programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por ningún partido político y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes."

37