

PROYECTO: MV-PROY-46-1A

ACTIVIDAD: 6A1.1.-ASESORÍA

**DESCRIPCIÓN: BRINDAR ASESORÍA
PSICOLOGICA SOCIAL Y JURIDICA A
GENERADORES DE VIOLENCIA (HOMBRES).**

2020

REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA A HOMBRES

Tlaxcala, Tlax; 15 de diciembre del 2020

LIC. MARIELA VÁSQUEZ PÉREZ
Jefa del Departamento. Especializado
Contra la Violencia Familiar
P r e s e n t e

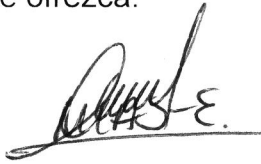
Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo, en mi calidad de responsable de la atención a hombres generadores y receptores de violencia me permito remitir el informe de asesorías brindadas en el periodo de octubre a diciembre del año en curso, ejecutando las medidas de protección necesarias ante la contingencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19), se otorgaron **11 asesorías psicológicas, sociales y jurídicas** por violencia psicológica y física, el confinamiento al que la población tuvo que someterse desde hace ya nueve meses el cual a visibilizado la violencia que se vive o bien que se ejerce, en este periodo quedaron distribuidas por mes de la siguiente manera:

Mes	N° de Asesorías
Octubre	03
Noviembre	07
Diciembre	01
Total:	11

**REPORTE DE ASESORÍAS PSICOLÓGICA, SOCIAL Y JURÍDICA
A HOMBRES**

*Anexo hojas filtro

Sin más por el momento agradezco sus finas atenciones, quedando a la orden para lo que se ofrezca.



Lic. Martha Karina Hernández Martínez
Apoyo para el Seguimiento de
Programas de Asistencia Social



Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 10 DE Dic. 2020.

BENEFICIARIA(O): Jose Martin Elizalde Hernandez
 EDAD: 29 años FECHA DE NAC.: 07-Mayo 91
 LUGAR DE NAC.: Apizaco ESCOLARIDAD: Primaria
 OCUPACIÓN: campesino DOMICILIO: Rancheria San Juan
Ocotitla S/N. MUNICIPIO: Atlixayanca
 TELEFONO: _____

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) (x) OTRO ()

NOMBRE: Cristina Algodan Ramirez
 EDAD: 30 años ESCOLARIDAD: Preparatoria
 OCUPACIÓN: Ama de casa DOMICILIO: Rancheria San Juan
Ocotitla S/N MUNICIPIO: Atlixayanca

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Yael Elizalde Algodan EDAD: 6 años
 NOMBRE: Axel Guadalupe Elizalde Algodan EDAD: 2 años
 NOMBRE: Dilan Elizalde Algodan EDAD: 11 meses
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

jif

ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

José Martín Elizalde

ATENDIÓ:

Lic. Karina Hdez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Firma: _____

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 26 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Miguel Gonzalez Calixto
EDAD: 43 años FECHA DE NAC.: 6-Oct-77
LUGAR DE NAC.: Terrenate ESCOLARIDAD: Primaria
OCUPACIÓN: Campesino DOMICILIO: Calle Candelaria S/N.
MUNICIPIO: Terrenate
TELÉFONO: 241 164 66 93

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA ()
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE (x) CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: Alejandra Montes Garcia
EDAD: 30 años ESCOLARIDAD: Primaria
OCUPACIÓN: Ama de casa DOMICILIO: Candelaria S/N.
MUNICIPIO: Terrenate

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Nauriano Gonzalez Montes EDAD: 9 años
NOMBRE: Concepción Gonzalez Montes EDAD: 8 años
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

dif

ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Se agenda cita para el 02 de diciembre
a las 9:00 am.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

M. G. C.

ATENDIÓ:

Lic. Karina Hdez.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 26 DE NOV 2020.

BENEFICIARIA(O): Celestino Montiel Castillo
EDAD: 58 años FECHA DE NAC.: 5-Mayo-62
LUGAR DE NAC.: Terrenate ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: Campesino DOMICILIO: Calle S/N Ranchería
el Rincón MUNICIPIO: Terrenate
TELÉFONO: _____

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: _____
EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____
MUNICIPIO: _____

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Reyna Montiel Armas EDAD: 12a
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

dif

ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que refiere que hace tiempo lo abandono su pareja dejandolo con su hija muy pequeña y solicita apoyo para poder orientarla y que sea mejor vida, se canaliza al DIF de su municipio para la atención.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

ATENDIÓ:

[Signature]

Lic. Karina Hdez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

jif

ESTATAL TLAXCALA

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 23 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Enrique Alarcón Guevara
 EDAD: 35 años FECHA DE NAC.: 31-Mayo-1985
 LUGAR DE NAC.: Huamantla ESCOLARIDAD: Licenciatura
 OCUPACIÓN: Mtro DOMICILIO: Av. Ecología #8 Fracc. Nuevos Horizontes
 MUNICIPIO: Huamantla
 TELÉFONO: 247 475 97 04

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (X)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
 OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____
 MUNICIPIO: _____

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

jif

ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que menciona tener problemas para relacionarse con las personas, solicita apoyo psicológico, se agendó cita para el 26 - Nov - 2020 a las 11:00 am.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

ATENDIÓ:

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Lic. Karina Hdez.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas. de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

jif

ESTATAL TLAXCALA

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 19 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Carlos Felipe Tempaltecall Reyes
 EDAD: 54 años FECHA DE NAC.: 14-04-66
 LUGAR DE NAC.: Nativitas ESCOLARIDAD: Secundaria
 OCUPACIÓN: Campechino DOMICILIO: Agustin Melgar S/N
 MUNICIPIO: Nativitas
 TELÉFONO: 246 174 28 32

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- > JURÍDICA ()
- > PSICOLOGÍA (x)
- > TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- > PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- > VIOLENCIA FAMILIAR ()
- > DIVORCIO ()
- > OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- > FÍSICO ()
- > PSICOLÓGICO ()
- > EMOCIONAL ()
- > SEXUAL ()
- > OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE (x) CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: Adela Santiago Cruz
 EDAD: 53 años ESCOLARIDAD: Primaria
 OCUPACIÓN: Amadora DOMICILIO: Agustin Melgar S/N
 MUNICIPIO: Nativitas

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

El usuario refiere necesitar apoyo para manejar sus acciones de agresiones ya que su esposa lo ha querido dejar y el no quiere que se vaya. Se agenda cita para el 23 - Nov - 2020 - 10:00 am.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

C. F. Z. D.

ATENDIÓ:

do - Karina Hdez.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas. de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 16 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Francisco Covantzi Flores.
EDAD: 26 años. FECHA DE NAC.: 01-Enero-1994
LUGAR DE NAC.: Zacatelco. ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Empleado. DOMICILIO: Tercera Sección
MUNICIPIO: Zacatelco.
TELÉFONO: 246 114 41 93

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: Daniela Moreno Tempaltecall
EDAD: 24 años ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Empleada. DOMICILIO: _____
MUNICIPIO: Zacualpan

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:


persona del sexo hombre que refiere tener problemas con su pareja por celos que el tiene y quiere aprender a manejarlos, sobre todo no quiere agredirla se agenda cita para el 19 de noviembre a las 12:00

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.


XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):



ATENDIÓ:


Sr. Karina Hdez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 04 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Alfredo García Tinajero
EDAD: 33 años FECHA DE NAC.: 18-Julio-89
LUGAR DE NAC.: Hidalgo. ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: Porfirio Díaz 23/N
Axotla del río MUNICIPIO: Tlaxcala
TELÉFONO: 291 124 68 25

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (★)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: Maricela Díaz Cortes
EDAD: 33 años ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: Proh. Juárez # 33
B. el calvario. MUNICIPIO: Huamantla

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Jovani García Díaz EDAD: 3 años
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que refiere vivir violencia emocional ya que su ex-pareja no permite ver a su hijo y la hermana dado ver que el va hablar al niño. y le dice que si quiere verlo tiene que regresar a casa con ellos. se agenda cita para el 10-11-2020 - 13:00.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN

SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

ALFREDO GARCIA TINAJERO

ATENDIÓ:

M. Karina Hdez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas. de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTO
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

dif

ESTATAL TLAXCALA

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 03 DE Nov 2020.

BENEFICIARIA(O): Edgar Menno Hernández
 EDAD: 20 años FECHA DE NAC.: 25-Julio-2000
 LUGAR DE NAC.: Apizaco. ESCOLARIDAD: Preparatoria
 OCUPACIÓN: Cobrero. DOMICILIO: Calle Morelos S/N
Texcalac. MUNICIPIO: Apizaco.
 TELÉFONO: 241 132 25 44

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO (x) Novia

NOMBRE: Estrella Luna Roja
 EDAD: 26 años ESCOLARIDAD: Preparatoria
 OCUPACIÓN: Obrera DOMICILIO: _____
 _____ MUNICIPIO: Xaloztoc.

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____


X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):



ATENDIÓ:


Lic. Karina Hdez.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

**TLX**CONSTRUIR Y CRECER JUNTO:
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021**jif**

ESTATAL TLAXCALA

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 22 DE Oct 2020

BENEFICIARIA(O): Jorge Antonio Avalos Torres
 EDAD: 36 años FECHA DE NAC.: 01-08-1984
 LUGAR DE NAC.: Puebla ESCOLARIDAD: Secundaria
 OCUPACIÓN: Mecánico DOMICILIO: Hidalgo #23
Sta. Anita Huiloac MUNICIPIO: Apizaco
 TELÉFONO: 241 134 66 83

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO (x)

NOMBRE: Mariana Garza Guarneras
 EDAD: 35 años ESCOLARIDAD: Secundaria
 OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: _____
 MUNICIPIO: Tlaxiaco

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Cael Avalos Garza EDAD: 10 años
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que refiere estar mal emocionalmente por motivos de conflicto con su ex pareja ya que no le permite ver a su hijo.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

ATENDIÓ:

José Antonio

de Karina Hdez.

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 08 DE Oct. 2020.

BENEFICIARIA(O): Mauricio Flores Garcia
EDAD: 34 años FECHA DE NAC.: 26 - Enero - 1986
LUGAR DE NAC.: Huamantla ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Psicologo DOMICILIO: Negrete Pte 203 B. la Preciosa
MUNICIPIO: Huamantla
TELÉFONO: 247 132 95 67

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO (x) *Ex-pareja.*

NOMBRE: Gabriela Castillo Vázquez
EDAD: 33 años ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: La Toma Xicotencatl
MUNICIPIO: Tlaxcala

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Mateo Flores Castillo EDAD: 6 años
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____
NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()
PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()

IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Usuario que se presenta para orientarse ante una situación de violencia psicológica ejercida por la mamá de su hijo, se recomienda tome terapia y se deja esta abierta para hacerlo en esta inst. bien en donde el prefiera.

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

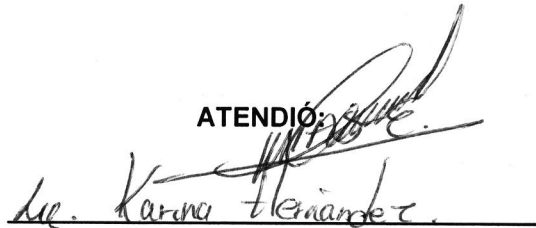
XII. RECIBÍO LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):



ATENDIDO:


Lic. Karina Hernandez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y finanzas, de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____



TLX

CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

dif

ESTATAL TLAXCALA

Hoja Filtro

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 01 DE Oct 2020

BENEFICIARIA(O): Jose Luis Carrasco Benites.
 EDAD: 45 años. FECHA DE NAC.: 26-Sep-1975
 LUGAR DE NAC.: Tlaxcala. ESCOLARIDAD: Secundaria
 OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: C. Guerrero S/N
Acutlapaco. MUNICIPIO: Tlaxcala.
 TELÉFONO: 246 475 69 14

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

- JURÍDICA ()
- PSICOLOGÍA (x)
- TRABAJO SOCIAL ()

II. ASUNTO:

- PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- VIOLENCIA FAMILIAR ()
- DIVORCIO ()
- OTROS TRÁMITES ()

III. PERSONAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

VISUAL () AUDITIVO () FÍSICO () LENGUAJE ()

IV. PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS)

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

V. TIPO DE MALTRATO INFANTIL:

- FÍSICO ()
- PSICOLÓGICO ()
- EMOCIONAL ()
- SEXUAL ()
- OTROS ()

VI. DATOS: CÓNYUGE () CONCUBINO(A) () OTRO ()

NOMBRE: Florencia Fernández Gomez.
 EDAD: 44 años. ESCOLARIDAD: Secundaria
 OCUPACIÓN: Ama de casa. DOMICILIO: C. Guerrero S/N
Acutlapaco. MUNICIPIO: Tlaxcala.

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Roberto Carrasco Fernández. EDAD: 22 años.
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

PREESCOLAR () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA () UNIVERSIDAD ()



IX. CANALIZACIÓN:

- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

Persona del sexo hombre quien refiere ⇒ hace unos
mi esposa y yo discutimos descubri que me esta engañando
y no se que hacer y necesito hablar con alguien
(Se agenda esta para el día 09 - Octubre a las 11:00am)

XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

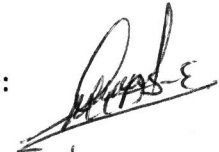
XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):



ATENDIÓ:


Lic. Karina Hernández

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 6º fracción II y III, 16 párrafo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1, 14, 17 y 28 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Tlaxcala, cuya finalidad es garantizar la privacidad y proteger el derecho a la autodeterminación informativa de las personas, con fundamento en los artículos 1 y 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, se recabarán Datos Personales y estos serán incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales denominado "Sistema de beneficiarios de ayudas y subsidios". El tratamiento de sus datos personales consistirá en el registro y difusión en la página de internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas de los siguientes datos personales:

- El nombre del beneficiario,
- Clave Única de Registro de Población cuando el beneficiario sea persona física,
- El Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave cuando sea persona moral o persona física con actividad empresarial y profesional, y
- El monto recibido.

Por lo anterior se solicita su consentimiento para que los datos mencionados sean publicados en la Página de Internet de la Secretaría de Planeación y Finanzas del Gobierno del Estado de Tlaxcala.

***autorizo que mis datos personales y los datos proporcionados en este formato se consideren públicos:** SI NO

En caso de ser afirmativo su consentimiento llenar:

Nombre: _____
Fecha: _____
Firma: _____