

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; 31 de marzo del 2020

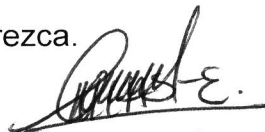
LIC. MARIELA VÁSQUEZ PÉREZ
Jefa del Departamento. Especializado
Contra la Violencia Familiar
Presente

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 enero a marzo del año en curso, en el cual se otorgaron **8 asesorías psicológicas, sociales y jurídicas** por violencia psicológica quedando distribuidas por mes de la siguiente manera:

Mes	N° de Asesorías
Enero	04
Febrero	04
Marzo	00
Total:	08

*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 14 DE 01 2020

BENEFICIARIA(O): Jose Guadalupe Santamaria Flores
EDAD: 41 años FECHA DE NAC.: 5 - Nov - 1977
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Primaria
OCUPACIÓN: Comerciante DOMICILIO: Calle Lazaro Cardenas
#17 MUNICIPIO: Axocomanitla
TELÉFONO: 246 173 09 63

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: Irma Vargas Ortiz
EDAD: 33 años ESCOLARIDAD: Primaria
OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: _____
MUNICIPIO: _____

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Enck Santamaria Torres EDAD: 15a.
NOMBRE: Jesú Antonio Azat Vargas EDAD: 14a.
NOMBRE: Diana Laura Santamaria T. EDAD: 13a.
NOMBRE: Evaluis Yasmín Santamaria T. EDAD: 12a.
NOMBRE: Melani Santamaria Vargas EDAD: 9a.

VIII. ESTUDIAN SI () NO ()

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



TLX

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



ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

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

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

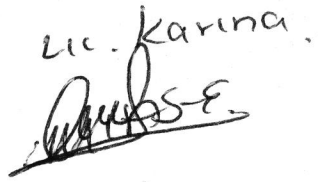
XI. SE LE HACE SABER AL BENEFICIARIO QUE SI EN QUINCE DÍAS HÁBILES NO SE PRESENTA PARA CONTINUAR CON SU TRÁMITE, SE CANCELARÁ EL SERVICIO PRESTADO.

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

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:


FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

ATENDIÓ:


Lic. Karina

Jose Guadalupe ~~Santamaria~~ Santamaria Flores

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 10 DE 01 2020

BENEFICIARIA(O): Alberto Caporal Flores.
EDAD: 43 años. FECHA DE NAC.: 8 - Abril - 1973.
LUGAR DE NAC.: San Cosme Atlamihac. ESCOLARIDAD: Lic. Maestro.
OCUPACIÓN: _____ DOMICILIO: 16 de Septiembre #23.
MUNICIPIO: Tepeyanco.
TELÉFONO: 246 182 03 53.

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) Pareja.

NOMBRE: Valeria Gonzalez Cortez.
EDAD: 40 años. ESCOLARIDAD: Secundaria
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: _____
MUNICIPIO: Apizaco.

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.

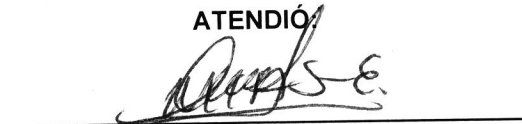
XII. RECIBIÓ LA ATENCIÓN Y ASESORÍA A SU ENTERA SATISFACCIÓN
 SI () NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):



ATENCIÓN:



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 20 DE 01 2020

BENEFICIARIA(O): Juan Manuel Ramirez Dominguez
EDAD: 50 años FECHA DE NAC.: 15 - Agosto - 69.
LUGAR DE NAC.: D.F. ESCOLARIDAD: Ing. D. So. Trunca
OCUPACIÓN: Trab. Inform. DOMICILIO: Calle Independencia
Col. Centro MUNICIPIO: Panotla
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: Cristina Paredes Nava
EDAD: 36 años ESCOLARIDAD: Lic. Trab. Soc.
OCUPACIÓN: Cajera DOMICILIO: Callejon Vicente
Berrero #70 Col. Centro MUNICIPIO: Chautempan

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Ana Cristina Ramirez Paredes EDAD: 11 años
NOMBRE: Clara Francisca Ramirez Paredes EDAD: 8 años
NOMBRE: Lino Isai Ramirez Paredes EDAD: 5 años
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:

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 09 DE 01 2020

BENEFICIARIA(O): Genaro León Vázquez
EDAD: 28 años FECHA DE NAC.: 02 - Dic - 1989
LUGAR DE NAC.: Tlaxcala ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Empleado DOMICILIO: Benito Juárez #5
MUNICIPIO: Apetatitlán
TELÉFONO: 246 118 7483

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: Gloria Castro Vargas
EDAD: 30 años ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: _____
MUNICIPIO: Chiautempan

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



ESTATAL TLAXCALA

IX. CANALIZACIÓN:

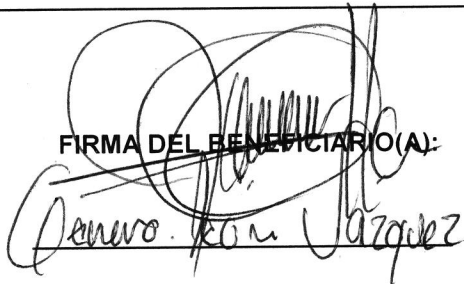
- DEPARTAMENTO DE VIOLENCIA FAMILIAR _____
- INTERNA: _____
- EXTERNA: _____

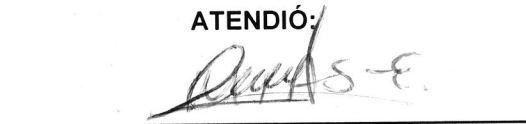
X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNA:

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):


ATENDIÓ:


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: _____

No. Expediente: _____

TLAXCALA, TLAX., A 20 DE Feb 2020.

BENEFICIARIA(O) Paul Xochitemol Perez
EDAD: 36 años FECHA DE NAC.: 24 Octubre 1983
LUGAR DE NAC.: Arbta ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Desempleada DOMICILIO: C. 2 de Enero 24 Sec
Septima MUNICIPIO: Cantla de Juan Cuareztzi
TELÉFONO: 246 49 39 6 99

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 ()

IX. CANALIZACIÓN:

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

X. OBSERVACIONES DEL PERSONAL DE LA PPNNA:

Usuario que se canaliza a su municipio para la atención psicológica.

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):

[Firma manuscrita]

ATENDIÓ:

[Firma manuscrita]
lic. Karina Hdez

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO

Con fundamento en el artículo 69 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 12 DE Feb 20 20.

BENEFICIARIA(O): JAVIER RODRIGUEZ TAMAYO
EDAD: 35 años FECHA DE NAC.: 15/ABRIL 1989
LUGAR DE NAC.: TLAXCALA ESCOLARIDAD: LICENCIATURA
OCUPACIÓN: DESEM. DOMICILIO: C. MORELOS 3
TELÉFONO: 2224355539 MUNICIPIO: PANOTLA

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) (X) OTRO ()

NOMBRE: ELIZABETH HERNANDEZ HERNANDEZ
EDAD: 35 años ESCOLARIDAD: LICENCIATURA
OCUPACIÓN: - DOMICILIO: -
MUNICIPIO: ACAYOTLA PER R.O.

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: DAFNE ABRIL RODRIGUEZ HERNANDEZ EDAD: 10 años
NOMBRE: JADA RODRIGUEZ HERNANDEZ EDAD: 6 años
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 PPNNA:

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 (X) NO ()

XIII. SUGERENCIAS O COMENTARIOS SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA:

Excelente servicio, dirigiendo todas mis dudas y aclarando algunas situaciones

FIRMA DEL BENEFICIARIO(A):

[Firma manuscrita]

ATENDIÓ:

[Firma manuscrita]

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, 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 _____

No. Expediente _____

TLAXCALA, TLAX., A 10 DE Feb 2020

BENEFICIARIA(O): Carlos Felipe Gonzalez Herita
EDAD: 38 años FECHA DE NAC.: 03-03-1982
LUGAR DE NAC.: Obieroj Tlaxcala ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Obrero DOMICILIO: Lanacio Picayo 3/A
MUNICIPIO: Chautempas
TELÉFONO: 246 111 16 23

I. TIPO DE ASESORÍA QUE SOLICITA:

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

II. ASUNTO:

- > PENSIÓN ALIMENTICIA ()
- > VIOLENCIA FAMILIAR (x)
- > 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: Karla Fernandez Estrada
EDAD: 38 años ESCOLARIDAD: Secundaria
OCUPACIÓN: Amadora DOMICILIO: Lanacio Picayo 3/A
MUNICIPIO: Chautempas

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Karla Mariam Gonzalez Fdez EDAD: 6 años
NOMBRE: Felipe Issacc Gonzalez Fdez EDAD: 3 años
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:

Usaria que refiere tener problemas emocionales a causa de los problemas que se están presentando con su esposa, se brinda asesoría y se deja abierta para que acuda a sesiones

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):

Carlos Flores Gonzalez H.

ATENDIÓ:

Lu. 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: _____

No. Expediente _____

TLAXCALA, TLAX., A 07 DE Feb 2020

BENEFICIARIA(O): Ernesta Alarcón Guevara
EDAD: 32 años FECHA DE NAC.: 01 - Enero - 88
LUGAR DE NAC.: Huamantla ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Cheff DOMICILIO: Encenada Baja California
MUNICIPIO: _____
TELÉFONO: 646 224 45 26

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: Duke Arroyo Gallardo
EDAD: 28 años ESCOLARIDAD: Licenciatura
OCUPACIÓN: Empleada DOMICILIO: Encenada Baja California
MUNICIPIO: _____

VII. HIJOS (AS):

NOMBRE: Zoe Alarcón Arroyo EDAD: 2 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 que su familia le ha hecho notar que su esposa ejerce

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):

[Firma manuscrita]

ATENDIÓ:

[Firma manuscrita]
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: _____