

**PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO PARA NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS QUE PADECEN CÁNCER (PROAANAC)**

**FORMATO DE REGISTRO**

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: \_\_\_\_\_ 1. Fecha de elaboración \_\_\_\_\_

2. Nombre de la posible beneficiaria(o)

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 4. Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

5. Estado civil (en caso de aplicar): \_\_\_\_\_ 6. Teléfono: \_\_\_\_\_

7. Tipo de cáncer, de acuerdo al documento médico: \_\_\_\_\_

8. Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ No. Exterior: \_\_\_\_\_ No. Interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Referencia domiciliaria: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor (en caso de aplicar): \_\_\_\_\_

**9. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC**

- a. FORMATO DE REGISTRO AL PROGRAMA (ORIGINAL)
- b. ACTA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA (COPIA)
- c. CURP DE LA PERSONA (COPIA)
- d. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA INGRESAR AL PROGRAMA (ORIGINAL)
- e. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL POSIBLE BENEFICIARIO (COPIA) CONSTANCIA DE IDENTIDAD (ORIGINAL)
- f. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA MADRE, PADRE, TUTOR (COPIA) O CONSTANCIA DE IDENTIDAD (ORIGINAL)
- g. COMPROBANTE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (COPIA)
- h. DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CÁNCER CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: NOMBRE COMPLETO DE LA/EL POSIBLE BENEFICIARIA(O), EMITIDO POR MÉDICO ONCÓLOGO O ESPECIALISTA, HOJA MEMBRETADA SECTOR SALUD, SELLO DE LA INSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD QUE LA EXPIDE (PREFERENTEMENTE), NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO QUE LO EXPIDE, ESTE DOCUMENTO DEBE MENCIONAR EL TIPO DE CÁNCER QUE SE PADECE O LAS ÚLTIMAS 2 RECETAS MÉDICAS DE TRATAMIENTO PARA ESTE PADECIMIENTO EXPEDIDAS POR EL MÉDICO ONCÓLOGO, ESPECIALISTA O TRATANTE Y CARNET DE CITAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PADECIMIENTO (COPIAS) O DOCUMENTO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS
- i. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES (ORIGINAL)

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da la autorización.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA O TUTOR, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL(A) POSIBLE BENEFICIARIA(O) O SI APLICA DEL TUTOR, BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD, Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

11. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

12. NOMBRE COMPLETO DE LA PRESIDENTA DIF MUNICIPAL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL VO.BO.

13. NOMBRE COMPLETO DEL (LA) DELEGADO (A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DE AUTORIZACIÓN.