Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Estrategias Alimentarias
Programa de Atención Alimentaria a Personas en Situación de Vulnerabilidad
Carta Compromiso Beneficiario

Fecha _____

Municipio _____ **Localidad** _____

Yo _____valido con mi firma la información proporcionada en la EFIIA y el presente documento, así mismo estoy enterada de mis derechos y me comprometo a cumplir con las responsabilidades que me solicita el programa y que me fueron informadas; así mismo ratifico que recibí información.

Lineamientos para Otorgar el Apoyo Alimentario

1. Presentar en el tiempo y forma los documentos completos requeridos para la formación de su expediente.
2. Los datos que proporcione, serán verídicos y podrán ser dados de baja aquellos beneficiarios que presenten documentos apócrifos y/o alteren o falsifiquen la información para ingresar al programa. Por lo que deberá informar al encargado del programa de cualquier cambio en su domicilio.
3. Llevar el seguimiento y vigilancia médica que se me solicita en el caso de los Niños de 2 a 5 años 11 meses no escolarizados.
4. Notificar al Sistema DIF municipal en caso de no continuar con el programa, para solicitar su baja.
5. Acudir mensualmente a su plática de inducción y Orientación y Edudación Alimentaria cuando se le indique en el lugar y horario, firmando las listas de entrega, la asistencia, entre otros, (con dos faltas no justificadas se dará de baja).
6. Hacer buen uso de la canasta alimentaria (se suspenderá el apoyo en caso de comprobar que se ha hecho mal uso del alimento, vender, tirar, etc., asimismo si la beneficiaria se haya registrado en dos municipios o localidades).
7. Acudir a la cita establecida por el Sistema municipal DIF para recibir su canasta alimentaria.
8. Contar con su participación para formar parte del Comité de Contraloría Social.
9. Informar al encargado del programa cualquier cambio en relación a su domicilio y/o cambio de residencia.

Nota: Los beneficiarios no podrán recibir apoyo de otros programas alimentarios.

_____ **Nombre y Firma del Beneficiario (a)**

_____ **Nombre y Firma del Padre/Tutor o Responsable**

_____ **Nombre y Firma de del Director (a) del SMDIF**

Sello SMDIF