

---

NOMBRE DEL PROGRAMA:	APOYO ALIMENTARIO A NIÑ/
MUNICIPIO:	M.

Identificación del Beneficiario	
Primer Apellido	Segundo Apellido

---

AS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, NO ESCOLARIZADOS, EN  
ATLAPA

MODALIDAD:

Nombre	Fecha Nacimiento Año/Mes/Día	Clave Entidad Federativa de Nacimiento	Sexo

---

APOYO ALIMENTARIO A NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Identificación del Beneficio

**Clave de la Entidad Federativa donde se entrega el apoyo al beneficiario**

**Nombre de la Entidad Federativa donde se entrega el apoyo al beneficiario**

**Clave del Municipio donde se entrega el apoyo al beneficiario**

**Nombre del Municipio donde se entrega el apoyo al beneficiario**

---

<b>Clave de la Localidad donde se entrega el apoyo al beneficiario</b>	<b>Nombre de la Localidad donde se entrega el apoyo al beneficiario</b>	TipoVial del Domicilio del Beneficiario	NomVial del Domicilio del Beneficiario

---

**Padrón de Beneficiarios**

PROGRAMAS ALIMENTARIOS

PROGRAMAS ALIMENTARIOS			
Carr_Tipo	Carr_DerechoTrans	Carr_Nombre DONDE ESTA DESAYUNADOR	Cam_Tipo



Cam_Nombre	NumExtnum1 del Domicilio del Beneficiario	NumExtnum2 del Domicilio del Beneficiario	NumExtalf1 del Domicilio del Beneficiario
------------	--	--	---



NumIntnum	NumIntalf	TipoRef1 del Domicilio del Beneficiario	NomRef1 del Domicilio del Beneficiario PRIMERA CALLE
-----------	-----------	---	--

[Green Bar]			
TipoRef2 del Domicilio del Beneficiario	NomRef2 del Domicilio del Beneficiario SEGUNDA CALLE	TipoRef3 del Domicilio del Beneficiario	NomRef3 del Domicilio del Beneficiario APARTE DE POSTERIOR



---

DescrUbic  
del Domicilio del Beneficiario