



FECHA:

DÍA

MES

AÑO

## ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

### FORMATO DE APOYO 2026

- Antes de llenar esta solicitud, lea detenidamente los apartados de la misma
- Una vez completo este formato, deberá presentarlo acompañado de los documentos correspondientes para postular su proyecto 2026.
- En cualquier momento se podrán hacer visitas a la asociación para conocer sus actividades

TIPO DE APOYO

PROYECTO

PROTECCIÓN CIVIL

DIRECTO

#### I.- DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE COMO SE CONOCE LA ASOCIACIÓN COMÚNMENTE

NOMBRE FISCAL DE LA ASOCIACIÓN

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO DE LA A.C.

SEGUNDO TELÉFONO

ENTRE CALLES

LOCALIDAD O CIUDAD

RFC

CORREO

LA PROPIEDAD ES

RENTADA

PRESTADA

PROPIA

EN COMODATO

OTRA:

#### 1. NOMBRE DE LOS DIRIGENTES DE LA ASOCIACIÓN

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO (PERSONA A CONTACTAR PARA ACLARACIONES)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

TELÉFONO CELULAR

SEGUNDO TELÉFONO

CORREO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMERO APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO CELULAR

SEGUNDO TELÉFONO

CURP

CORREO

#### 2. CONSTITUCIÓN Y LOGROS DE LA ORGANIZACIÓN

FECHA DE CONSTITUCIÓN (SEGÚN EL ACTA CONSTITUTIVA)

DÍA

MES

AÑO

FECHA DE REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y COMERCIO

DÍA

MES

AÑO

#### 3. VISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN



**4. MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN**

**5. OBJETIVO DE LA ORGANIZACIÓN (A QUÉ SE DEDICA)**

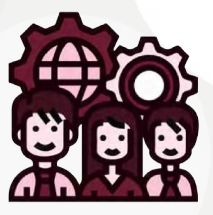
**6. SERVICIOS QUE OFRECE DE LA ORGANIZACIÓN**

**7. TIPO DE POBLACIÓN QUE BENEFICIA PRINCIPALMENTE**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADULTOS MAYORES     | <input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS                  | <input type="checkbox"/> ESTANCIA INFANTIL         |
| <input type="checkbox"/> CASA HOGAR          | <input type="checkbox"/> DESARROLLO COMUNITARIO            | <input type="checkbox"/> LIBERADOS DE C.P.R.S      |
| <input type="checkbox"/> CULTURA             | <input type="checkbox"/> DIVERSIDAD SEXUAL                 | <input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE            |
| <input type="checkbox"/> DEPORTE             | <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN                         | <input type="checkbox"/> MIGRANTES                 |
| <input type="checkbox"/> MUJERES             | <input type="checkbox"/> MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA | <input type="checkbox"/> PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
| <input type="checkbox"/> PUEBLOS ORIGINARIOS | <input type="checkbox"/> SITUACIÓN DE ADICCIONES           | <input type="checkbox"/> SALUD                     |

**8. NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS POR LA ORGANIZACIÓN**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 11 AÑOS			
12 A 17 AÑOS			
18 A 29 AÑOS			
30 A 64 AÑOS			
MAYORES DE 65 AÑOS			
TOTAL			



**9. INFORMACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN**

NÚMERO DE EMPLEADOS

VOLUNTARIOS

HOMBRES

MUJERES



SERVICIO SOCIAL

HOMBRES

MUJERES



**10. PRESUPUESTO PROGRAMADO PARA 2026**

\$

MARQUE CON UNA X UNA O VARIAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y ESPECIFIQUE LA CANTIDAD O ESPECIE OBTENIDA

APORTACIONES DE BENEFICIARIOS

EFECTIVO  ESPECIE

DONATIVOS DE PERSONAS FÍSICAS

EFECTIVO  ESPECIE

VENTA DE PRODUCTOS

EFECTIVO  ESPECIE

APORTACIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA OSC

EFECTIVO  ESPECIE

DONATIVOS DEL GOBIERNO

EFECTIVO  ESPECIE

OTRAS (ESPECIFIQUE)

EFECTIVO  ESPECIE

DONATIVOS DE EMPRESAS

EFECTIVO  ESPECIE

EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS

EFECTIVO  ESPECIE

**II.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y ÁREA DE APLICACIÓN DEL RECURSO SOLICITADO**

**1. NOMBRE DEL PROYECTO**

**2. TIPO DE APOYO**

PARA PROYECTOS O DIRECTOS

- EQUIPAMIENTO   
  MANTENIMIENTO   
  CONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN   
  APOYO ALIMENTICIO  
 DESARROLLO COMUNITARIO   
  CAPACITACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE PROGRAMA   
  OTRO

PARA EL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL

PARA LA ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS COMO: INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL PRIVADA, ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD

- DICTAMEN ESTRUCTURAL   
  DICTAMEN DE GAS   
  PAGO DE SEÑALAMIENTO   
  PAGO DE CONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN  
 DICTAMEN ELÉCTRICO   
  PAGO DE MANTENIMIENTO   
  PAGO DE MEDIDAS Y EQUIPO DE SEGURIDAD

**3. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO**





**10. NÚMERO DE BENEFICIARIOS DEL PROYECTO**

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 11 AÑOS			
12 A 17 AÑOS			
18 A 29 AÑOS			
30 A 64 AÑOS			
MAYORES DE 65 AÑOS			
TOTAL			

**11. PRESUPUESTO**

DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO (EN SEMANAS)	
PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO	\$
PRESUPUESTO SOLICITADO PARA EL PROYECTO	\$

**12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL PROYECTO**

(EVIDENCIA CONCRETA QUE PRESENTARÁ PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO)

**13. ÁREA DE APLICACIÓN (MARQUE CON UNA X LA APLICACIÓN PRINCIPAL DEL PROYECTO)**

- PROYECTO DE BENEFICIO DIRECTO A GRUPOS VULNERABLES
- PROYECTO DE FORTALECIMIENTO A LA INSTITUCIÓN

**14. ANTECEDENTES DEL PROYECTO**

¿HA SIDO ESTE PROYECTO PRESENTADO ANTE OTRAS ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES SOLICITANDO APOYO?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO	
SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA, MENCIONE LAS INSTITUCIONES, Y SI EL PROYECTO FUE APROBADO, MENCIONE EL MONTO	SÍ LO APROBÓ	NO LO APROBÓ	MONTO (\$)
1-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



### III.- VINCULACIÓN CON LA SECRETARÍA DE BIENESTAR

¿RECIBÍÓ APOYO ECONÓMICO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO EN 2025 ?

SI

NO

SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA, SEÑALE EL TIPO DE APOYO O PROGRAMA Y LA CANTIDAD RECIBIDA

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

¿PRESENTÓ COMPROBACIÓN DE SU ÚLTIMO APOYO OTORGADO?

SI

NO

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN CIVIL MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERÍDICOS Y QUE **NO**  **SI**  HA SIDO BENEFICIADO CON ALGÚN OTRO APOYO ECONÓMICO POR PARTE DE ALGUNO DE LOS 3 ÓRDENES DE GOBIERNO PARA ESTE PROYECTO.

### DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

**EI SUSCRITO(A)** en este acto manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que toda información y documentación presentada es cierta, emitida por la autoridad competente, la cual me identifica ante esta autoridad. Los recursos que se obtengan serán utilizados por mi persona, para el propósito que fueron, tramitados; que no hare uso indebido del mismo, no los enajenaré ni obtendré lucro de ellos; conozco mis derechos y obligaciones, y que en caso de incumplimiento a los requisitos que señala la Ley, me hará sujeto a la casual de baja como beneficiario del apoyo solicitado sin responsabilidad para la autoridad; que conozco y sé que puedo ser sujeto a sanciones y penas establecidas en los artículos 69 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado, artículo 259 del Código Penal para el Estado de Baja California. Asimismo, expreso bajo protesta de decir verdad, que no soy familiar directo de empleados o funcionarios, o bien empleado o funcionario de cualquiera de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado; o tener algún interés de negocios. Acepto los términos y condiciones que al solicitar el ingreso al programa no se crea ninguna relación laboral entre el **SUSCRITO (A)** y la **SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**.

1. Autorizo expresamente al Gobierno de Baja California para que dé tratamiento a mis datos personales en los términos de los artículos 11, 14, 16 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, 10, 11 y 12 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Apertura Institucional para el Estado de Baja California, 64 y 119 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 2. Los programas de apoyo de la **SECRETARÍA** son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso y difusión para fines distintos al Bienestar Social. 3.- Con fundamento en los artículos 19 y 20 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, en este mismo acto, se hace de su conocimiento que está en posibilidad de consultar nuestro aviso de privacidad de datos personales en nuestro sitio:

<http://www.transparencia.gob.mx/Areas/resultadoBusqueda/34>

### SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA