



FECHA:

DÍA

MES

AÑO

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

FORMATO DE APOYO 2025

- 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 2025.
- 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 2025

\$

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

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

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. PARA EL APOYO DIRECTO

- DISCAPACIDAD
- OTRO: _____

4. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO



11. NÚMERO DE BENEFICIARIOS DIRECTOS 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			

12. PRESUPUESTO

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

13. MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL PROYECTO (EVIDENCIA CONCRETA QUE PRESENTARÁ PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO)

14. 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

15. 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

¿RECIBÍ APOYO ECONÓMICO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO EN 2024 ?

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

El **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 y que me acredita como beneficiario. Los recursos obtenidos serán utilizados por mi persona, para el propósito que fueron tramitados, que no haré uso indebido del mismo, no los enajenaré, ni obtendré lucro de ellos, que conozco mis derechos y obligaciones, así como tengo conocimiento que de incumplir en alguno de los requisitos de ley, me hará sujeto a causal de baja como beneficiario del apoyo solicitado, sin responsabilidad para la autoridad, que conozco y sé que puedo ser sujeto de sanciones y penas establecidas en los artículos 69 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y artículo 259 del Código Penal del Estado de Baja California. Asimismo, manifiesto no encontrarme en el supuesto previsto en la Regla de Operación del programa que a la letra dice "En ningún caso se otorgarán apoyos a empleados y/o funcionarios del Gobierno Federal, Estatal, Descentralizadas y Municipales, o en los que estos tengan algún interés personal, familiar o de negocios". Del mismo modo, 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**.

1. Autorizo expresamente al Gobierno de Baja California para que dé tratamiento a mis datos personales en los términos de los Artículos 9, 10, 12 y 13 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California, 8, 9 y 10 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California, 68 y 120 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 13 y 14 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el 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.transparenciabc.gob.mx/Areas/resultadoBusqueda/34>

SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA