



# FORMATO ÚNICO

## RECEPCIÓN DE SOLICITUD

FECHA:    NOMBRE DEL SERVIDOR: \_\_\_\_\_

### 1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE (S)	
EDAD	H <input type="text"/> M <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	CURP	<input type="text"/>	
MUNICIPIO	CALLE			#EXT	#INT
COLONIA	C.P.	TELÉFONO CELULAR	SEGUNDO TELÉFONO		
NOMBRE DEL CONTACTO		PARENTESCO DEL CONTACTO		TELÉFONO DEL CONTACTO	
¿CON CUÁL GÉNERO ME IDENTIFICO? H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> EN CASO DE OTRO, ¿CUÁL? _____		¿PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO, COMUNIDAD AFROMEXICANA O COMUNIDAD INDÍGENA? <input type="radio"/> SI ¿CUÁL? _____ <input type="radio"/> NO		¿HABLA UNA LENGUA INDÍGENA? <input type="radio"/> SI ¿CUÁL? _____ <input type="radio"/> NO	
¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> TEMPORAL <input type="radio"/> PERMANENTE		¿CUAL ES ESA DISCAPACIDAD? <input type="radio"/> MOTRIZ <input type="radio"/> VISUAL <input type="radio"/> AUDITIVA <input type="radio"/> INTELECTUAL <input type="radio"/> PSICOSOCIAL			

### 2.- ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="radio"/> SOLTERO(A) <input type="radio"/> CASADO(A) <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE	<b>OCUPACIÓN</b> ¿A QUÉ SE DEDICA? <input type="radio"/> EMPLEADO <input type="radio"/> PENSIONADO/JUBILADO <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> AUTOEMPLEO <input type="radio"/> DESEMPLEADO <input type="radio"/> OTRO: _____ ¿CUENTA CON AHORRO PARA EL RETIRO? <input type="radio"/> AFORE/SAR <input type="radio"/> NO	<b>PERTENENCIA DE LA VIVIENDA</b> <input type="radio"/> PROPIA <input type="radio"/> RENTADA <input type="radio"/> PRESTADA <input type="radio"/> FAMILIAR <input type="radio"/> OTRO: _____																				
<b>ESCOLARIDAD</b> <input type="radio"/> NO SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="radio"/> TÉCNICA TERMINADA <input type="radio"/> SABE LEER Y ESCRIBIR <input type="radio"/> TÉCNICA TRUNCA <input type="radio"/> PRIMARIA TERMINADA <input type="radio"/> BACHILLERATO TERMINADO <input type="radio"/> PRIMARIA TRUNCA <input type="radio"/> BACHILLERATO TRUNCO/ EN CURSO <input type="radio"/> SECUNDARIA TERMINADA <input type="radio"/> UNIVERSIDAD <input type="radio"/> SECUNDARIA TRUNCA <input type="radio"/> UNIVERSIDAD TRUNCA/ EN CURSO	<b>SALUD</b> <span style="float:right">¿DÓNDE?</span> ¿CUENTA CON SERVICIO DE SALUD? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿POR QUIÉN? _____ <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> INSABI <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> OTRO	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA</b> PISO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> TIERRA <input type="radio"/> OTRO: _____ TECHO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> LÁMINA <input type="radio"/> OTRO: _____ PAREDES <input type="radio"/> BLOCK <input type="radio"/> LADRILLO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> TABLAROCA <input type="radio"/> OTRO: _____ NÚMERO DE CUARTOS INCLUYENDO COCINA <input type="text"/>																				
<b>INTEGRANTES DEL HOGAR</b> ¿TIENE HIJOS? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿CUÁNTOS? <input type="text"/> ¿VIVEN CON USTED? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿TIENE HIJOS CON DISCAPACIDAD? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿CUÁNTOS? <input type="text"/> ¿CUAL? _____ ¿TIENE HIJOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVOS? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿CUÁNTOS? <input type="text"/> ¿CUAL? _____ ¿TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI ¿CUÁNTOS? _____ ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR? <input type="text"/>	<b>GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR</b> <b>INGRESO MENSUAL</b> <input type="text"/> ¿ES USTED EL ÚNICO INGRESO DEL HOGAR? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿QUIÉN MÁS? _____ <b>INGRESO ADICIONAL</b> <input type="text"/> ¿HA FALTADO ALIMENTO EN SU HOGAR POR MOTIVO DE INGRESO EN EL ÚLTIMO MES? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<b>SERVICIOS DE LA VIVIENDA</b> AGUA <input type="radio"/> TUBERÍA <input type="radio"/> PIPA <input type="radio"/> TINACO <input type="radio"/> OTRO: _____ LUZ <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿SU VIVIENDA CUENTA CON DRENAJE? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> LETRINA <input type="radio"/> FOSA SÉPTICA ¿CUENTA CON INTERNET EN CASA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO ¿CUENTA CON COMPUTADORA EN SU HOGAR? <input type="radio"/> SI ¿CUÁNTAS? _____ <input type="radio"/> NO ¿PUEDE ACCEDER A INTERNET DESDE SU CELULAR? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO																				
	<b>DESGLOSE DE GASTOS</b> <table border="0"> <tr><td>ALIMENTOS</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>SALUD</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>TRANSPORTE</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>RENTA O HIPOTECA</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>LUZ (MENSUAL)</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>AGUA (MENSUAL)</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>GAS (MENSUAL)</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>CELULAR/TV DE PAGA</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td>OTROS</td><td>\$ _____</td></tr> <tr><td><b>TOTAL</b></td><td>\$ _____</td></tr> </table>	ALIMENTOS	\$ _____	SALUD	\$ _____	TRANSPORTE	\$ _____	RENTA O HIPOTECA	\$ _____	LUZ (MENSUAL)	\$ _____	AGUA (MENSUAL)	\$ _____	GAS (MENSUAL)	\$ _____	CELULAR/TV DE PAGA	\$ _____	OTROS	\$ _____	<b>TOTAL</b>	\$ _____	
ALIMENTOS	\$ _____																					
SALUD	\$ _____																					
TRANSPORTE	\$ _____																					
RENTA O HIPOTECA	\$ _____																					
LUZ (MENSUAL)	\$ _____																					
AGUA (MENSUAL)	\$ _____																					
GAS (MENSUAL)	\$ _____																					
CELULAR/TV DE PAGA	\$ _____																					
OTROS	\$ _____																					
<b>TOTAL</b>	\$ _____																					

### 3.- DATOS DEL PROGRAMA

BIENESTAR

INJUVEN

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CONTADOR DELEGACIONAL

¿CÓMO SE ENTERÓ DE ESTE APOYO?

- FAMILIAR   
  AMIGO   
  REDES SOCIALES   
  TV   
  PERIODICO   
  LIDER   
  OTRO \_\_\_\_\_

#### 4.- ANEXOS

- IDENTIFICACIÓN OFICIAL   
  COMPROBANTE DE CASA O NEGOCIO   
  COTIZACIÓN   
  CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL   
  CURP   
  DOCUMENTO EMITIDO POR COMAR O INM   
  OTROS: \_\_\_\_\_

#### 5.- CROQUIS

ANOTAR LAS ENTRECALLE Y REFERENCIAS (TIENDAS, ESCUELAS, ETC.) EN EL SIGUIENTE CROQUIS:

ENTIDAD FEDERATIVA

MUNICIPIO

LOCALIDAD

AGEB

CLAVE DE MANZANA (OPCIONAL)


#### 6.- GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA

DESCRIPCIÓN DE APOYO U OBSERVACIONES

- JEFA DE FAMILIA   
  JORNALEROS AGRÍCOLAS  
 MUJER EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA   
  SITUACIÓN DE CALLE  
 RFO   
  SITUACIÓN DE ADICCIONES  
 MOVILIDAD   
  SITUACIÓN VULNERABLE  
 LIBERADOS DE C.P.R.S.   
  PERSONAS EN CONDICIÓN DE REFUGIO O REFUGIADOS RECONOCIDOS

---



---



---



---



---

#### 7.- 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. Los recursos que se obtengan 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; conozco mis derechos y obligaciones, así como tengo conocimiento que de incumplir en alguno de los requisitos u obligaciones establecidas en las Reglas de Operación del apoyo solicitado o de la ley, me hará sujeto a la causal 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 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

#### 8.- FIRMAS

¿EL SOLICITANTE CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN Y ELEGIBILIDAD?  SI  NO

REVISÓ

CAPTURÓ

AUTORIZÓ

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

#### NOTAS DEL SERVIDOR/ANALISTA: