

FORMATO ÚNICO

RECEPCIÓN DE SOLICITUD

FECHA:

NOMBRE DEL SERVIDOR:

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

EDAD

H

M

FECHA DE NACIMIENTO

CURP

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

M

EN CASO DE OTRO, ¿CUÁL?

¿PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO, COMUNIDAD AFROMEXICANA O COMUNIDAD INDÍGENA?

☐ SI

¿CUÁL?

☐ NO

¿HABLA UNA LENGUA INDÍGENA?

☐ SI

¿CUÁL?

☐ NO

¿CUENTA CON ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA?

☐ SI

¿CUÁL?

☐ NO

¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD?

☐ NO

☐ TEMPORAL

☐ PERMANENTE

¿CUAL ES ESA DISCAPACIDAD?

☐ MOTRIZ

☐ VISUAL

☐ AUDITIVA

☐ INTELECTUAL

☐ PSICOSOCIAL

2.- ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

ESTADO CIVIL

☐ SOLTERO(A)

☐ CASADO(A)

☐ UNIÓN LIBRE

ESCOLARIDAD

☐ NO SABE LEER Y ESCRIBIR

☐ TÉCNICA TERMINADA

☐ SABE LEER Y ESCRIBIR

☐ TÉCNICA TRUNCA

☐ PRIMARIA TERMINADA

☐ BACHILLERATO TERMINADO

☐ PRIMARIA TRUNCA

☐ BACHILLERATO TRUNCO/ EN CURSO

☐ SECUNDARIA TERMINADA

☐ UNIVERSIDAD

☐ SECUNDARIA TRUNCA

☐ UNIVERSIDAD TRUNCA/ EN CURSO

INTEGRANTES DEL HOGAR

¿TIENE HIJOS?

☐ NO

☐ SI

¿CUÁNTOS?

¿VIVEN CON USTED?

☐ NO

☐ SI

¿TIENE HIJOS CON DISCAPACIDAD?

☐ NO

☐ SI

¿CUÁNTOS?

¿CUAL?

¿TIENE HIJOS CON ENFERMEADES CRÓNICO DEGENERATIVOS?

☐ NO

☐ SI

¿CUÁNTOS?

¿CUAL?

¿TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS?

☐ NO

☐ SI

¿CUÁNTOS?

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR?

OCUPACIÓN

¿A QUÉ SE DEDICA?

☐ EMPLEADO

☐ HOGAR

☐ AUTOEMPLEO

☐ PENSIONADO/JUBILADO

☐ ESTUDIANTE

☐ DESEMPLEADO

☐ OTRO:

¿CUENTA CON AHORRO PARA EL RETIRO?

☐ AFORE/SAR

☐ NO

SALUD

¿CUENTA CON SERVICIO DE SALUD?

☐ NO

☐ SI

¿POR QUIÉN?

¿DÓNDE?

☐ IMSS

☐ INSABI

☐ ISSSTE

☐ OTRO

GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR

INGRESO MENSUAL

¿ES USTED EL ÚNICO INGRESO DEL HOGAR?

☐ SI

☐ NO

¿QUIÉN MÁS?

INGRESO ADICIONAL

¿HA FALTADO ALIMENTO EN SU HOGAR POR MOTIVO DE INGRESO EN EL ÚLTIMO MES?

☐ SI

☐ NO

DESGLOSE DE GASTOS

ALIMENTOS	\$	
SALUD	\$	
TRANSPORTE	\$	
RENTA O HIPOTECA	\$	
LUZ (MENSUAL)	\$	
AGUA (MENSUAL)	\$	
GAS (MENSUAL)	\$	
CELULAR/TV DE PAGA	\$	
OTROS	\$	
TOTAL	\$	

PERTENENCIA DE LA VIVIENDA

☐ PROPIA

☐ RENTADA

☐ PRESTADA

☐ FAMILIAR

☐ OTRO:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

PISO

☐ MADERA

☐ CONCRETO

☐ TIERRA

☐ OTRO:

TECHO

☐ MADERA

☐ CONCRETO

☐ LÁMINA

☐ OTRO:

PAREDES

☐ BLOCK

☐ LADRILLO

☐ MADERA

☐ TABLAROCA

☐ OTRO:

NÚMERO DE CUARTOS INCLUYENDO COCINA

SERVICIOS DE LA VIVIENDA

AGUA

☐ TUBERÍA

☐ PIPA

☐ TINACO

☐ OTRO:

LUZ

☐ SI

☐ NO

¿SU VIVIENDA CUENTA CON DRENAJE?

☐ SI

☐ LETRINA

☐ FOSA SÉPTICA

¿CUENTA CON INTERNET EN CASA?

☐ SI

☐ NO

¿CUENTA CON COMPUTADORA EN SU HOGAR?

☐ SI

¿CUÁNTAS?

☐ NO

¿PUEDE ACCEDER A INTERNET DESDE SU CELULAR?

☐ SI

☐ NO

3.- DATOS DEL PROGRAMA

CORREO ELECTRÓNICO:

☐ BIENESTAR SOCIAL DIRECTO:

☐ REFERENCIADA(O) POR:

☐ BIENESTAR SOCIAL COMUNITARIO:

INJUVEN

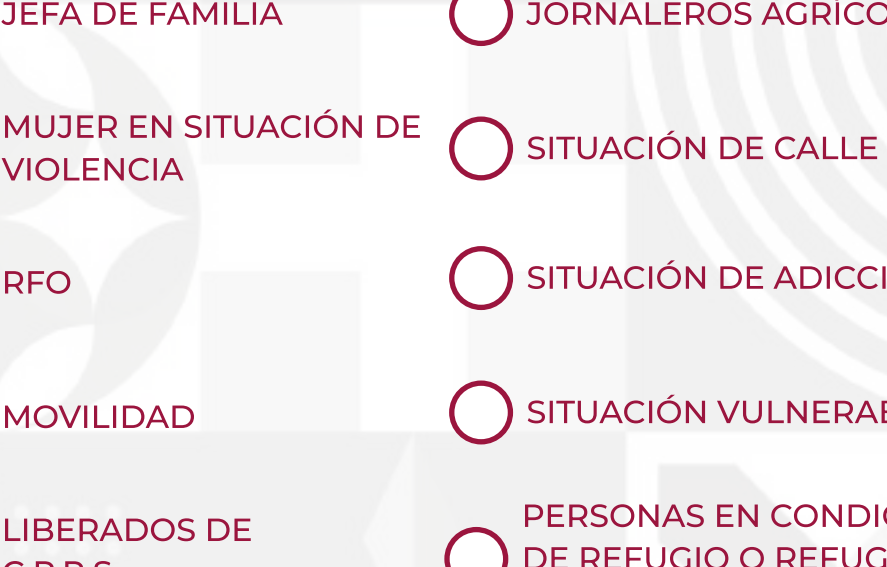
NOMBRE DE LA ESCUELA:

☐ FAMILIAR ☐ AMIGO ☐ REDES SOCIALES ☐ TV ☐ PERIODICO ☐ LIDER ☐ OTRO _____

☐ COMPROBANTE DE DOMICILIO ☐ IDENTIFICACIÓN OFICIAL ☐ ACTA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS ☐ COMPROBANTE DE ESTUDIOS VIGENTE ☐ CURP ☐ COTIZACIÓN ☐ CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ☐ CONSTANCIA MÉDICA ☐ DOCUMENTO EMITIDO POR COMAR O INM ☐ OTROS: _____

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

ENTIDAD FEDERATIVA	0	2		
MUNICIPIO				
LOCALIDAD				
AGEB				
CLAVE DE MANZANA (OPCIONAL)				

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

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

¿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: