

3 INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LAS HIJAS E HIJOS

ESTADO	MUNICIPIO	REGIÓN	ENTIDAD DE NACIMIENTO		
NOMBRE (S)	PATERNO	MATERNO			
SEXO	EDAD	CALLE	M PCT	MINT	CP
COLONIA/ LOCALIDAD	TELÉFONO Fijo	CELULAR			
CURP	CLAVE DE ELECTOR	FECHA DE NACIMIENTO			

SOLICITUD

Por medio de la presente manifiesto de manera personal y directa que mis datos son correctos, por lo que solicito mi incorporación al programa antes señalado, ya que cumple con los requisitos establecidos en la normatividad aplicable misma a la que me obligó a dar cumplimiento. Asimismo, manifiesto de manera libre e informada mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, autorizando expresamente su inclusión en el padrón que determine la Dependencia Federal correspondiente.

FIRMA

5 ACUSE DE ORDEN DE PAGO (EN SU CASO)

Recibí de conformidad el siguiente número de referencia (TELECOMM):

A horizontal row of fifteen empty rectangular boxes, intended for handwritten responses or answers.

Que acredita mi inclusión en el programa así como el folio correspondiente, obligándome a dar cumplimiento a la normatividad que le sea aplicable, aceptando el carácter personal e irtransferible del mismo, comprometiéndome a su uso conforme a los lineamientos del programa y siendo responsable de su uso.

FIRMS

6 ACUSE DE TARJETA (EN SU CASO)

Recibí de conformidad la tarjeta con el código de barras [BANCO AZTECA]:

A horizontal row of seven empty rectangular boxes, each with a thin gray border, intended for children to draw or color in.

Recibí de conformidad la tarjeta con el número (BANORTE)

A horizontal row of fifteen empty square boxes, likely intended for students to draw or write in.

FIRMA

7 AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD

La Secretaría de Bienestar del Gobierno Federal, es el responsable de la protección y tratamiento de los datos personales que proporciona el titular. Los datos personales serán utilizados para validar las requisitos de elegibilidad determinados por las Dependencias Federales correspondientes y todas aquellas que se requieran para la operación del programa, así como para llevar a cabo el trámite correspondiente ante la Institución de Crédito, cuya tarjeta se refiere en el presente documento. Los datos personales no serán transferidos a autoridades, poderes, entidades, órganos y organismos gubernamentales ni de los tres órdenes de gobierno ni tampoco a personas físicas o morales. Usted puede manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para aquellas finalidades que no son necesarias para validar los requisitos de elegibilidad antes señalados. El mecanismo para manifestar su negativa se llevará a cabo mediante un escrito libre debidamente firmado, en el cual usted deberá manifestar su negativo u oposición a dicho tratamiento y enviarlo a la siguiente dirección de correo electrónico divisionprivacidad@ Bienestar.gob.mx. Se garantiza la protección, el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los datos personales que le concierne de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La consulta sobre el programa, aplicación y beneficiarios podrá realizar conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. El aviso de privacidad integral se puede consultar en el portal de internet de la Secretaría del Bienestar en www.gob.mx/bienestar/divisionprivacidad. Lo anterior se informa en cumplimiento de los artículos 26 y 27 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los Programas de Desarrollo son de carácter público, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

COMPROMISO SOLIDARIO

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que acepto como responsable solidario del beneficiario, recibir el medio de pago anexo al presente documento en la medida en que sea depositado el apoyo del programa social al que, conforme al Censo para el Bienestar, tiene derecho la persona que represento. Por lo anterior, me obligo a mantener actualizado el Censo de bienestar, avisar el fallecimiento del beneficiario, en su caso en los 30 días subsiguientes, el cambio de residencia, así como para otorgar las facilidades para la aplicación del programa.

10

10

ANSWER

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

FIRMA DE RECONCILIACIÓN

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO