

INSTRUCCIONES: Use lápiz del número 2 para rellenar la opción u opciones según corresponda(n) y bolígrafo para firmar la solicitud de adscripción al Programa.

Fecha de la solicitud

FOLIO

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 Nombre		Apellido paterno	
Apellido materno		CURP	
1.2 ¿El solicitante es menor de edad?		No	
<input type="checkbox"/> Si (Continua)		<input type="checkbox"/> (Pase al apartado 1.3)	
1.3 Nombre del padre, madre o tutor		Apellido paterno	
Apellido materno		RFC (del padre, madre o tutor)	
		(Homoclave)	
1.4 Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento <input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> Credencial escolar <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____			
1.5 Documento de identificación de la madre, padre o tutor			
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento <input type="checkbox"/> RFC <input type="checkbox"/> Credencial para votar <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____			
1.6 Teléfono fijo (con lada)		1.7 Teléfono celular	
1.8 Correo electrónico (del padre, madre o tutor)			
1.9 Red Social (del padre, madre o tutor)			
<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yahoo <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> LinkedIn			
<input type="checkbox"/> Otro Red social _____			

2. REFERENCIA DOMICILIARIA

2.1 Entre la calle _____ 2.2 Y la calle _____

2.3 Otra referencia domiciliaria _____

2.4 Domicilio _____ C.P. _____ Municipio _____

3. DATOS SOCIOECONÓMICOS DEL SOLICITANTE

3.1 ¿Cuál es su situación laboral?

Empleado (a) Desempleado (a)

3.2 ¿Cuál es su profesión o actividad?

Ninguno Profesionalista Campesino (a) Albaril Obrero (a)
 Comerciante Ama de casa Estudiante Otro _____

3.3 ¿Pertenece a alguna etnia indígena?

Ninguna Náhuatl Mazahua Matlazinca Otomí
 Tlahuica Otra _____

4. IDENTIFICACIÓN DE LA VULNERABILIDAD POR DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

4.1 La persona que solicita el apoyo, tiene discapacidad de tipo:

Discapacidad audléva Discapacidad mental Discapacidad visual
 Discapacidad física Discapacidad motriz Discapacidades del habla Otra _____

4.2 ¿La persona que solicita el apoyo requiere asistencia para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, moverse, ir al baño, etc)?

Si No

4.3 ¿El ingreso de su hogar es suficiente para cubrir las necesidades de la persona con discapacidad?

Si No

4.4 La persona que solicita el apoyo requiere: Cirugía Prótesis Silla de ruedas, bastón Otro _____

5. CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL SOLICITANTE

5.1 ¿Se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias?

- A) Ha sido víctima u ofendido de algún delito SÍ NO ¿Cuál? _____
- B) Padece alguna enfermedad crónico-degenerativa SÍ NO ¿Cuál? _____
- C) Es repatriado SÍ NO
- D) Es jefe de familia SÍ NO
- E) Cuida menores de edad, hijo(a) de mujeres que perdieron su libertad por resolución judicial SÍ NO

Por este medio, yo _____ solicito mi registro al PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL FAMILIAS FUERTES APOYOS FUNCIONALES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, con la finalidad de ser beneficiario del mismo y atender mis necesidades básicas; manifiesto que toda la información aquí contenida es verídica, fehaciente y apegada a la realidad y consiento que se integre el expediente que me identifique como beneficiario y verifique la acreditación de los requisitos que establecen en las mismas. **AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES.** Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la Base de Datos de este Programa de Desarrollo Social, información que SI o NO podrá transmitirse con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, 2, 18, 19 y 97 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios; 2 fracción II, 21, 22, 23 y 24 fracción XIV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios; con las finalidades señaladas en los citados artículos y previa justificación de la misma, además de otras transmisiones previstas en esta Ley. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales en posesión de los sujetos obligados correspondientes. **"ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO SU USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL. QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO ANTE LAS AUTORIDADES CONFORME A LO QUE DISPONE LA LEY EN LA MATERIA".** Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada es verídica. Autorizo que el personal responsable de operar el Programa pueda verificar los datos asentados en esta solicitud y en caso de encontrarse falsedad en los mismos, podrá ser motivo de que el apoyo se cancele aun cuando ya se haya asignado. **Al firmar la presente solicitud manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociados al Programa y me comprometo a cumplir las responsabilidades que se deriven de la asignación del apoyo.**

Solicitante

Por la Instancia ejecutora

Nombre y firma

Nombre, cargo y firma