

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL "POR UNA INFANCIA EN GRANDE"
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

Instrucciones: Se debe llenar en original, con letra de molde, con tinta negra de bolígrafo y utilizando letras mayúsculas. Rellene una opción u opciones según corresponda(n). Es indispensable proporcionar la información solicitada en las secciones: Datos del Beneficiario y el Domicilio del Beneficiario. Es obligatorio presentar para su cotejo los documentos en original de: Acta de Nacimiento, Identificación Oficial, CURP, Constancia de Domicilio, Constancia de salud y Constancia de estudios, según sea el caso.

Los campos que contienen asterisco son opcionales.

VERTIENTE

- Pequeños en movimiento Rompiendo Barreras Enlázate a la vida Creciendo Sanos
Familias en Grande Generando Sonrisas De la Mano Contigo Respaldando Sueños

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer Apellido _____
Segundo Apellido _____
Primer Nombre _____
Segundo Nombre _____
Tercer Nombre _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____

Fecha de Nacimiento
D D M M A A A A

Sexo: Hombre Mujer

Entidad Federativa de Nacimiento _____
Municipio: _____
Nacionalidad: Mexicana Otra ¿Cuál? _____

Para la vertiente Familias en Grande:

Menor 2) Nombre(s) _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____
Menor 3) Nombre(s) _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____
Menor 4) Nombre(s) _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____
Menor 5) Nombre(s) _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____
Menor 6) Nombre(s) _____
Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____

DATOS SEGÚN VERTIENTE

Parentesco del Representante: Madre Padre Abuelo(a) Hermano(a) Otro No existe parentesco

Discapacidad: Motriz Visual Auditiva-Lenguaje Intelectual Autismo

Enfermedad: VIH SIDA Diabetes Cáncer Otra _____

Asiste a la Escuela: Si No

Pertenece a una etnia indígena: Si No

Solo para vertiente Familias en Grande: Trillizos Cuatrillizos ó más Especificar cuántos _____

El menor se encuentra en situación de orfandad de: Padre Madre Ambos Ninguno

DOMICILIO DEL SOLICITANTE

Calle _____
Calle (Continuación) _____ Número Exterior _____ Número Interior _____ Código Postal _____
Entre Calle * _____
Y Calle * _____
Otra Referencia del Domicilio _____
Otra Referencia del Domicilio (continuación) _____
Colonia _____

DATOS DEL REPRESENTANTE

Primer Apellido _____
 Segundo Apellido _____
 Primer Nombre _____
 Segundo Nombre _____
 Tercer Nombre _____
 Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) _____

Sexo: Hombre Mujer
 Fecha de Nacimiento _____
 D D M M A A A A
 Número de hijos _____

Estado Civil:
 Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Unión Libre Viudo(a) Separado(a)
 Grado máximo de estudios:
 Ninguno Primaria Secundaria
 Bachillerato, preparatoria o equivalente Técnico
 Licenciatura Maestría Doctorado

Entidad Federativa de Nacimiento _____
 Municipio _____
 Nacionalidad: Mexicana Otra ¿Cuál? _____

Profesión o actividad: Profesionista Campesino(a) Albañil Obrero(a)
 Empleado(a) Ama de Casa Ninguno Comerciante
 Otro ¿Cuál? _____

Si presenta alguna de las siguientes discapacidades o enfermedades, márkela.
 Discapacidad: Motriz Auditiva-Lenguaje Enfermedad: VIH SIDA
 Visual Intelectual Diabetes
 Cáncer

Situación Laboral:
 Activo(a) Desempleado(a)
 Incapacitado(a) Jubilado(a) o Pensionado(a)

¿Es tutor legal del solicitante? Si No

Comprobante de Identificación:

Acta de Nacimiento: Si No
 Identificación Oficial con fotografía: Si No
 C.U.R.P.: Si No

Comprobante de Domicilio:

Recibo de Predial Recibo de Luz Credencial para votar
 Recibo Telefónico Otro Comprobante de Domicilio Otro _____

Número de Identificación: _____

Constancia de Salud:

IMSS ISEM DIFEM
 ISSSTE ISSEMYM DIFMUN
 Otro _____

Constancia de estudios:

Boleta
 Constancia
 Otro _____

Los datos personales recabados serán tratados en términos de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México, así como en las demás disposiciones en esta materia y las normas oficiales mexicanas de salud emitidas al respecto. Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos del programa "Por una Infancia en Grande", con fundamento en el apartado 13 de las Reglas de Operación del Programa, misma que servirá para identificar a los beneficiarios, acreditar los requisitos de elegibilidad para la incorporación al programa, así como transparentar el uso y aplicación de los recursos del programa; dicha base de datos será registrada ante el Instituto de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. La Unidad responsable del manejo de la base de datos será la Dirección General de Programas Sociales, los datos personales, podrán ser transmitidos de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios. La Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación de la Secretaría de Desarrollo Social, Ubicada en Av. Paseo Tollocan No. 100, Km 52.5, Zona Industrial, Código Postal 50070, en Toluca de Lerdo, Estado de México, será la encargada de atender a los interesados en ejercicio de sus derechos de acceso y corrección de sus datos personales. Lo anterior se manifiesta en términos de la normatividad aplicable en la materia.

"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 de la materia"

FECHA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO