

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A PROGRAMAS DE DESARROLLO



GOBIERNO DE
MÉXICO

FECHA DE VISITA

DÍA MES AÑO

NO SE LOCALIZÓ

BAJA

ID **1** _____
NÚMERO DE TRÁMITE

SOLICITO MI INCORPORACIÓN AL PROGRAMA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 JÓVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO (CAPACITACIÓN) | <input type="checkbox"/> 5 JÓVENES ESCRIBIENDO EL FUTURO (UNIVERSIDAD) | <input type="checkbox"/> 8 PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD |
| <input type="checkbox"/> 2 BECAS BENITO JUÁREZ PARA LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR | <input type="checkbox"/> 6 PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES | <input type="checkbox"/> 9 TANDAS PARA EL BIENESTAR |
| <input type="checkbox"/> 3 ADEUDO BECAS | <input type="checkbox"/> 7 PROGRAMA DE BECAS PARA EL BIENESTAR BENITO JUÁREZ DE EDUCACIÓN BÁSICA | <input type="checkbox"/> 10 PRODUCCIÓN PARA EL BIENESTAR (ANTES PIMAF) |
| <input type="checkbox"/> 4 PROGRAMA DE APOYO PARA EL BIENESTAR DE NIÑAS Y NIÑOS HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS | | |

Manifiesto que he verificado que mis datos son correctos y verídicos, ratifico que los proporcioné de manera personal y directa. Autorizo expresamente su inclusión en el padrón que determine la dependencia federal correspondiente. Asimismo, manifiesto tener conocimiento del aviso simplificado de privacidad señalado en la parte inferior de este formato, y autorizo a que el Gobierno Federal me pueda contactar para avisos relacionados con mi bienestar y las actividades del mismo.

FIRMA

RECIBÍ DE CONFORMIDAD LA TARJETA/ORDEN DE PAGO Ó AVISO CON LA SIGUIENTE REFERENCIA:

ORDEN DE PAGO _____

TARJETA BANCARIA Y NIP



BIENESTAR (BANSEFI) _____



AFIRME _____



BANORTE _____



BANCO AZTECA _____

AVISO Ó NOTIFICACIÓN

Que acredita mi inclusión en el programa antes señalado, obligandome a dar cumplimiento a la normatividad que le sea aplicable, aceptando el carácter personal e intransferible del mismo y comprometiéndome a darle un uso responsable y conforme a los lineamientos del programa. Autorizo a que la institución bancaria me identifique mediante NIP, número de trámite u orden de pago. Es de mi conocimiento que, en su caso, puedo consultar el contrato de apertura a través de la página de internet de la institución bancaria correspondiente y acepto los términos y condiciones del mismo.

RECIBÍ

FIRMA

AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD

Los datos personales serán utilizados con las siguientes finalidades: validación de requisitos de elegibilidad determinados por las Dependencias Federales correspondientes y todas aquellas que se requieran para la operación del Programa y con la institución de Crédito a cuya tarjeta se refiere el presente documento. Se garantiza la protección de los datos personales en cumplimiento con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La consulta sobre el programa, aplicación y beneficiarios podrá realizarse conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. El aviso de privacidad integral se puede consultar en el portal de internet de la Secretaría de Bienestar en www.gob.mx/bienestar/privacidad 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 los programas.

COMPROMISO SOLIDARIO

NO APLICA

Manifiesto que acepto como responsable solidario del derechohabiente/beneficiario, recibir la tarjeta/ orden de pago anexa al presente documento en la que será depositado el monto correspondiente del programa social al que tiene derecho la persona que represento.

Por lo anterior, me obligo a destinar los recursos bajo mi responsabilidad únicamente para los requerimientos del derechohabiente/beneficiario. Asimismo, me obligo a mantener actualizados los registros en el padrón y avisar el fallecimiento en su caso en los 30 días subsecuentes, así como el cambio de residencia, para otorgar las facilidades para la aplicación del Programa.

FIRMA AUXILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO