



Solicitud de apoyo

Fecha _____
No. expediente _____

1. ¿Qué apoyo solicita?:

- 1.-Capacitación técnica administrativa 2.-Apoyo económico en especie 3.- Financiamiento 4.- Subsistencia

Datos de identificación

2. Nombre: _____ **3. Sexo:** 1.- Mujer 2.- Hombre

Nombre(s) Apellido primero Apellido secundario

4. Edad: [] **5. Fecha de nacimiento:** [/ /] **6.- Lugar de nacimiento:** _____

Estado Municipio

7. CURP _____ **8. RFC:** _____ **9. Etnia:** 1.- No 2.- Si **9.1. Cuál:** _____

10. Presenta discapacidad: 1.-No 2.- Si **10.1. Cuál:** _____ **10.2. Tiempo:** [] **10.3.Causa:** _____

11. Domicilio usuaria(o): _____ **No.** _____ **C.P.** _____

11.1. Colonia: _____ **12. Localidad** _____ **13. Municipio:** _____

14.- Tipo de localidad: 1.- Rural 2.- Urbana 3.- Semiurbana **15. Teléfono fijo:** _____ **15.1.Celular:** _____

16.- Correo electrónico: _____

17. Escolaridad:

- 1.-Sin instrucción 1.-Completa
 2.-Primaria 2.-Incompleta
 3.-Secundaria Años []
 4.-Preparatoria
 5.-Técnica
 6.-Licenciatura
 7.-Postgrado
 8.-Otro _____

18. Ocupación principal:

- 1.-Ama de casa
 2.-Empleada
 3.-Estudiante
 4.-Comerciante
 5.-jornalera
 6.-Proyecto productivo
 7.-Otro _____

19. ¿Número de horas que dedica al trabajo doméstico por día?:[]

20. ¿Cuáles son las principales actividades domésticas que realiza?:

Actividad	Tiempo al día
_____	[]
_____	[]
_____	[]
_____	[]
_____	[]
_____	[]
_____	[]
_____	[]

21. ¿Realiza alguna otra actividad que no sea doméstica? :

- 1.-No 3.-No por ahora 5.-Por temporal (3 meses)
 2.-Sí 4.-De forma irregular 6.-Nunca

21.2. Si la respuesta es Si, ¿Cuál? _____

21.3. ¿Número de horas que dedica al día?: []

21.4. El trabajo es:

- 1.- Independiente
 2.- Negocio familiar
 3.- Negocio local no familiar
 4.- Empresa no familiar
 5.- Otro: _____

21.5. ¿Recibe pago por el trabajo que realiza?

- 1.-No
 2.-Si
 3.-En especie _____

21.6. Cantidad recibida por la actividad mensualmente:

[]

21.7. ¿Con qué frecuencia los recibe?:

- 1.-Diario
 2.-Semanal
 3.-Quincenal
 4.-Mensual
 5.-Otro: _____

22. ¿Cuenta con servicio médico?:

- 1.- No 2.- Si

22.1. ¿Cuál?:

- 1.-IMSS 5.-SSA
 2.-ISSSTE 6.-ISEG
 3.-S. Popular 7.- NA
 4.-S.Privado 8.-Otro:

23. En el último año usted ha trabajado en:

- 1.-En su localidad 4.-Otro estado
 2.-Otra localidad del municipio 5.-Otro país
 3.-Otro municipio.

24. ¿Cuál es su estado civil:

- 1.-Soltera(o)
 2.-Casada(o)
 3.-Concubinato/Unión libre
 4.-Divorciada(o)
 5.-Separada(o)
 6.-Viuda(o)

25. ¿Vive con pareja en la misma vivienda?

- 1.-No
 2.-Si
 3.-NA

26.- Ocupación de la pareja:

- 1.-Amo(a) de casa 5.-jornalero(a)
 2.-Empleado(a) 6.-Proyecto productivo
 3.-Estudiante 7.-Desempleado(a)
 4.-Comerciante 8.-No aplica

Instituto para las Mujeres Guanajuatenses
Impulso al Empoderamiento de las Mujeres



No.expediente _____

27. ¿Tiene algún dependiente?:

1.- No 2.- Si

27.2. ¿Quiénes dependen de usted?:

1.- Hijos(as) 5.- Pareja
 2.- Padre/madre 6.- Suegro(a)
 3.- Hermano(a) 7.- No aplica
 4.- Nieto(a)

27.3. ¿Tipo de dependencia?

1.- Menor de edad 5.- Persona mayor
 2.- Económica 6.- Adicción
 3.- Enfermedad 7.- Otra: _____
 4.- Discapacidad 8.- No aplica

27.1. ¿Número de dependientes?:

[]

28. ¿Recibe apoyo de algún Programa Social?: 1.-No 2.-Si

28.1. ¿De qué programa(s): _____

28.2. Monto: _____

29. ¿Cuál es el Ingreso promedio mensual de la familia?: (Sin el apoyo del programa) _____

30.- ¿Quién es el jefe o jefa de familia?

1.-Usuaria 5.-Hermanos(as)
 2.-Pareja 6.-Hija
 3.-Suegros 7.-Hijo
 4.-Padres 8.-otro: _____

31.- ¿Quién(es) hace la aportación económica principal?

1.-Usuaria(o) 5.-Hermanos(as)
 2.-Pareja 6.-Hija
 3.-Suegros de la usuaria(o) 7.-Hijo
 4.-Padres de la usuaria (o) 8.-otro: _____

31.- ¿Cómo se enteró del Programa?

1.-Pasaba por aquí 4.- Por la radio 7.-Por un familiar/ conocido 10.-IMUG
 2.-Por el delegado(a) 5.-Espectacular 8.- Perifoneo 11.-Folleto
 3.-Por la titular de la IMM 6.-Publicidad 9.-TV 12.-Otro

Capacitación

32. ¿Qué tipo de capacitación le gustaría recibir?: 1.-Técnica 2.- Negocios (Administrativa) 3.- Otra _____

32.1. ¿En qué tema?: _____

32.2. ¿Por qué le gustaría recibir esta capacitación?: _____

33. Espera que esta capacitación contribuya a mejorar:

1.-Incrementar capacidad técnica 6.-Incrementar sus ingresos 11.-Para su independencia económica
 2.-Tener mejores opciones de empleo 7.-Mejorar su habilidades 12.-Mejorar su calidad de vida
 3.-Incrementar la producción 8.-Incrementar sus conocimientos 13.-Superar la violencia
 4.-Mejorar las ventas 9.-Para su autoestima 14.-Recreación
 5.-Mejorar la organización 10.-Para su autonomía 15.- Otro: _____

34. Capacitación que recibirá:

1.-Agrícola 5.- Acuícola 7.- Mecánica 11.- Corte y confección 15.- Minera 19.- Operadora de máquinas
 2.-Forestal 6.-Elab. Alimentos 8.- Cancelería 12.- Carpintería 16.- Manufacturera 20.- Mant. Máquinas de costura
 3.-Avicultura 7.-Elab. Dulces 9.- Herrería 13.- Construcción 17.- Fontanería 21.- Rep. de electrodomésticos
 4.-Pecuaria 8.-Elab. prod. limpieza 10.-Carpintería 14.- Electricidad 18.- Soldadura 22.- Medicina alternativa/herbolaria
 23.- Otro: _____

34.1. Tiempo de la capacitación: _____

34.2. Lugar de la capacitación: _____

Apoyo económico y financiamiento

35.- ¿Cuenta con negocio o proyecto productivo? 1.- No 2.- Si 3.-NA

36.- Nombre del Negocio o proyecto: _____



No. expediente _____

38. ¿Cuál es el tipo de la actividad económica que realiza o le gustaría iniciar?

- | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.- Agrícola | <input type="checkbox"/> 5.- Acuícola | <input type="checkbox"/> 7.- Mecánica | <input type="checkbox"/> 11.- Corte y confección | <input type="checkbox"/> 15.- Minera | <input type="checkbox"/> 19.- Operadora de máquinas |
| <input type="checkbox"/> 2.- Forestal | <input type="checkbox"/> 6.- Elab. Alimentos | <input type="checkbox"/> 8.- Cancelería | <input type="checkbox"/> 12.- Carpintería | <input type="checkbox"/> 16.- Manufacturera | <input type="checkbox"/> 20.- Mant. Máquinas de costura |
| <input type="checkbox"/> 3.- Avicultura | <input type="checkbox"/> 7.- Elab. Dulces | <input type="checkbox"/> 9.- Herrería | <input type="checkbox"/> 13.- Construcción | <input type="checkbox"/> 17.- Fontanería | <input type="checkbox"/> 21.- Rep. de electrodomésticos |
| <input type="checkbox"/> 4.- Pecuaria | <input type="checkbox"/> 8.- Elab. prod. limpieza | <input type="checkbox"/> 10.- Carpintería | <input type="checkbox"/> 14.- Electricidad | <input type="checkbox"/> 18.- Soldadura | <input type="checkbox"/> 22.- Medicina alternativa/herbolaria |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 23.- Otro: _____ |

39. ¿Quién realiza o realizará la actividad productiva?: 1.- La solicitante 2.- La pareja 3.- La familia 4.- Empleados(as) 5.- Otro

40. ¿Cuánto tiempo tiene el negocio o proyecto?

- 1.- NA 2.- Inicia 3.- De 1 a 6 meses 4.- De 6 meses a 1 año 5.- De 1 año a 2 años 6.- más de 2 años

41. ¿Dónde está o estará ubicado el negocio o proyecto productivo?

¿Mismo domicilio de la solicitante? 1.- No 2.- Si 3.- N/A

42. Domicilio del negocio:

Calle: _____ No. _____ Col. _____

Localidad: _____ Municipio: _____ C. P. _____ Teléfono fijo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono negocio: _____ Correo electrónico: _____

Requerimientos

43.- ¿Qué requiere?:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1.- Licuadora | <input type="checkbox"/> 5.- Fuentes de Sodas | <input type="checkbox"/> 7.- Máquinas de Coser Recta y Overlock | <input type="checkbox"/> 11.- Estufa |
| <input type="checkbox"/> 2.- Extractor de Jugos | <input type="checkbox"/> 6.- Tanques de Gas | <input type="checkbox"/> 8.- Vitrina | <input type="checkbox"/> 12.- Horno Panadería/ Pizzeria |
| <input type="checkbox"/> 3.- Parrillas | <input type="checkbox"/> 7.- Planchas de Gas | <input type="checkbox"/> 9.- Estante | <input type="checkbox"/> 13.- Sillones Corte |
| <input type="checkbox"/> 4.- Refrigerador | <input type="checkbox"/> 8.- Módulos Taqueros | <input type="checkbox"/> 10.- Mostrador | <input type="checkbox"/> 14.- Máquina de Corte |
| <input type="checkbox"/> 15.- Otros: _____ | | | |

Concepto	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Total
Monto total con letra:				

43.1. ¿Anexa cotización? 1.- No 2.- Si

44. ¿En qué utilizará el apoyo que solicita?: _____

45. Además del apoyo ¿usted requiere de algún curso para desarrollar el negocio o proyecto productivo? 1.- No 2.- Si (De ser Si, llenar el espacio de las capacitaciones).

46. Espera que este apoyo contribuya a mejorar:

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1.- Incrementar capacidad técnica | <input type="checkbox"/> 4.- Las ventas | <input type="checkbox"/> 7.- Sus habilidades | <input type="checkbox"/> 10.- Su autonomía | <input type="checkbox"/> 13.- Superar la violencia |
| <input type="checkbox"/> 2.- Tener mejores opciones de empleo | <input type="checkbox"/> 5.- La organización | <input type="checkbox"/> 8.- Sus conocimientos | <input type="checkbox"/> 11.- Su independencia económica | <input type="checkbox"/> 14.- Otro |
| <input type="checkbox"/> 3.- La producción | <input type="checkbox"/> 6.- Sus ingresos | <input type="checkbox"/> 9.- Su autoestima | <input type="checkbox"/> 12.- Mejorar su calidad de vida | _____ |

No. expediente _____

Seguro de subsistencia

Realizar estudio socioeconómico e investigación de campo para determinar si la solicitante cumple con los requisitos y criterios de elegibilidad señalados en la ROP en la modalidad -Seguro de subsistencia-

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio socioeconómico y en la investigación de campo realizada previamente:

47. ¿Cuál es problemática o evento adverso por lo cual solicita el seguro de subsistencia? : _____

48. ¿Cuál será el destino del recurso?: _____

Requisitos de elegibilidad

Verificar que cumpla con los requisitos de elegibilidad:

Población objetivo:

- 1.-Mujer
- 2.-Reside en el estado
- 3.-Mayor de 15 años (Capacitación y Apoyo económico)
- 4.-Mayor de 18 años (Financiamiento y Seguro de subsistencia)
- 5.-Estar en situación de vulnerabilidad

Tipo de vulnerabilidad:

- 1.-Persona mayor
- 2.-Persona con discapacidad
- 3.-Indígena
- 4.-Jefa de familia
- 5.-Dependientes con discapacidad

- 5.- En inserción social
- 6.- En situación de violencia
- 7.- Economía por debajo de la LBS
- 8.- Otro: _____

Documentación para la modalidad de Capacitación:

- 1.-Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
- 2.-Copia de identificación oficial
- 3.-Copia de comprobante de domicilio (luz, agua o predial) no mayor a 60 días de antigüedad;

Documentación para la modalidad de Apoyos Económicos:

- 1.-Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
- 2.-Copia de identificación oficial
- 3.-Copia de identificación oficial de madre, padre o tutor(a) en caso de ser menor de edad;
- 4.-Copia de comprobante de domicilio (luz, agua o predial) no mayor a 60 días de antigüedad;
- 5.- Plan de Negocios en el formato establecido
- 5.- Copia de la cotización con vigencia de 3 meses de antigüedad, sobre los bienes solicitados.

Documentación para la modalidad de Financiamiento:

- 1.-2 copias de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
- 2.-4 copias de identificación oficial;
- 3.-4 copias del acta de nacimiento de la solicitante;
- 4.-4 copias impresas de una fotografía de la solicitante en la cual se exhiban sus productos;
- 5.-4 copias impresas de una fotografía panorámica de la solicitante en la fachada de su negocio o domicilio;
- 6.-4 copia de comprobante de domicilio (luz, agua o predial) no mayor a 60 días de antigüedad y que no presenten adeudos;
- 7.-Formatos debidamente requisitos de Fondos Guanajuato

En caso de Fondos Guanajuato, conformarse en grupo de 3 mujeres en obligación solidaria. En cada grupo habrá un máximo de 2 familiares en línea directa, primer y segundo grado, ascendente, descendente y trascendente. Cada obligada se constituye como aval en el pagaré correspondiente al recurso solicitado;

Documentación para la modalidad de Seguro de Subsistencia:

- 1.-Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
- 2.-Copia de identificación oficial
- 3.-Copia de comprobante de domicilio (luz, agua o predial) no mayor a 60 días de antigüedad;
- 4.-Estudio socioeconómico en formato establecido por el IMUG;
- 5.-Oficio de canalización de la dependencia especializada en atención a mujeres víctimas de violencia; (En caso de situación de vulnerabilidad por violencia)
- 5.-Oficio de canalización de la dependencia correspondiente, en caso de estar en proceso de inserción social con tiempo máximo de 1 año

De acuerdo a los requerimientos solicitados por la usuaria y en relación al análisis realizado por la Coordinación, la usuaria aplica para las modalidades de:

- 1.- Capacitación en habilidades técnicas administrativas
- 2.- Apoyo económico
- 3.-Financiamiento
- 4.-Seguro de subsistencia

Nombre y firma de Solicitante

Nombre y firma de quien aprueba la solicitud

"Manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos otorgados en la presente solicitud no son falsos" "Los datos personales están protegidos atendiendo a lo que establece el artículo 6 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Guanajuato"