

PA-01
Solicitud de Apoyo



PROGRAMA EMERGENTE DE APOYO ALIMENTARIO DEL MUNICIPIO DE SAN FRANCISCO DEL RINCÓN GUANAJUATO
Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

SEXO: MUJER HOMBRE

CURP:

VERIFICAR QUE SE REGISTREN LOS 18 DÍGITOS

EDAD: AÑOS CUMPLIDOS

DOMICILIO:

CALLE

NÚMERO

COLONIA O LOCALIDAD

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO (ANOTAR 10 DÍGITOS):

TIPO DE TELÉFONO: CASA CELULAR

RURAL URBANA

NO. DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN: (MARCAR CON UNA X LA DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTE EL SOLICITANTE Y QUE SE ANEXA A LA PRESENTE SOLICITUD)

IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOLICITANTE (VIGENTE)

CURP DEL SOLICITANTE

COMPROBANTE DE DOMICILIO (DE NO MAYOR A 3 MESES DE ANTIGÜEDAD)

FORMATO PA-02 (ESTUDIO SOCIOECONÓMICO)

OBSERVACIONES: (REGISTRAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PROPORCIONE EL SOLICITANTE)

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE:

NOMBRE

FIRMA

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en internet: <http://sanfrancisco.gob.mx/index/files/aviso-privacidad.docx>

Para uso exclusivo de la Dirección de Desarrollo Social y Humano

¿EL SOLICITANTE CUBRE CON TODOS LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA?

 SÍ NO

¿SE ACREDITA VULNERABILIDAD CON EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO?

 SÍ NO

¿SERÁ BENEFICIARIO DEL PROGRAMA?

 SÍ NO

FOLIO ASIGNADO



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

PA - 02

FOLIO:

SOLICITANTE

DATOS GENERALES		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
DIRECCION			NUMERO	COLONIA / COMUNIDAD		REFERENCIA	
TELEFONO		CURP		INE		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
						DIA	MES
						AÑO	

ESTADO CIVIL
 SOLTERO UNION LIBRE CASADO DIVORCIADO VIUDO

TIENE ALGÚN TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL
 NO SI, ¿CUAL? S.POPULAR/ INSABI IMSS ISSSTE PRIVADO

DATOS LABORALES SITUACIÓN ACTUAL

HOGAR EMPLEADO DESEMPLEADO COMERCIANTE OTRO ESPECIFIQUE: _____

SOBRE SUS DEPENDIENTES

HIJOS

¿TIENE HIJOS? NO SI ¿CUANTOS? _____

MAYORES DE EDAD ¿CUANTOS? _____

MENORES DE EDAD ¿CUANTOS? _____

SI NO ¿ESTA USTED EMBARAZADA?

OTROS DEPENDIENTES
¿A PARTE DE SUS HIJOS TIENEN MAS PERSONAS QUE HABITEN EN SU VIVIENDA QUE DEPENDAN DIRECTAMENTE DE USTED?

NO SI ¿CUANTOS? _____

MAYORES DE EDAD ¿CUANTOS? _____

MENORES DE EDAD ¿CUANTOS? _____

SI NO ¿ALGÚNA DE SUS DEPENDIENTES SE ENCUENTRA EMBARAZADA?

DISCAPACIDAD
¿USTED Y SUS DEPENDIENTES TIENEN ALGUNA DISCAPACIDAD?

NO SI ¿CUANTOS? _____

SELECCIONE QUE TIPO DE DISCAPACIDAD

MENTAL VISUAL MOTRIZ DISCAPACIDAD FÍSICA

AUDITIVA LENGUAJE SENSORIAL

¿HAY ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS QUE DEPENDAN DE USTED?

NO SI ¿CUANTOS? _____

ESPECIFIQUE CON NUMERO LA CANTIDAD TOTAL DE DEPENDIENTES: _____

A POYOS A DEPENDIENTES

¿USTED O ALGUIEN DE SUS DEPENDIENTES RECIBE UN TIPO DE APOYO GUBERNAMENTAL?

NO SI ¿CUANTOS? _____

¿USTED O ALGÚNO DE SUS DEPENDIENTES RECIBE OTRO TIPO DE INGRESO?

NO SI ESPECIFIQUE CUALES?

1. _____

2. _____

3. _____

DATOS DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA

CASA CUARTO INDIVIDUAL

DEPARTAMENTO OTROS: ESPECIFIQUE: _____

LA VIVIENDA ES:

PROPIA DE LA FAMILIA PRESTADA

RENTADA (ESPECIFIQUE COSTO MENSUAL) \$ _____

HIPOTECADA (ESPECIFIQUE COSTO MENSUAL) \$ _____

OBSERVACIONES:

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DECIR VERDAD QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERÍDICOS

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE

FIRMA

ESTE PROGRAMA ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO. QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS EN EL PROGRAMA