



FORMATO DE SOLICITUD

FOLIO ÚNICO:

1. DATOS DE LA SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO

CURP

LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ESTADO DE NACIMIENTO

DOMICILIO ACTUAL: CALLE

NÚMERO

COLONIA

MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CELULAR *OBLIGATORIO

OTRO TELÉFONO

REGIÓN DEL ESTADO DONDE SE UBICA SU DOMICILIO

MONTAÑA

TIERRA CALIENTE

NORTE

COSTA CHICA

CENTRO

ACAPULCO

COSTA GRANDE

SIERRA

¿PERTENECE A UNA COMUNIDAD INDÍGENA?

NO

SÍ

¿CUÁL?: _____

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

¿CUÁL?:

NO

SÍ

¿PERTENECE A UNA COMUNIDAD AFROMEXICANA?

SÍ

NO

ME' PHAA (TLAPANEKO)

NOMNDAA (AMUZO)

NINGUNA

TU'UN SAVI (MIXTECO)

NÁHUATL

OTRA: _____

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?

SÍ

NO

¿CUÁL?: _____

2. DATOS SOCIOECONÓMICOS

ESTADO CIVIL

SOLTERA CASADA DIVORCIADA UNIÓN LIBRE VIUDA OTRO: _____

SALUD

¿CON QUÉ SERVICIO DE SALUD CUENTA?

IMSS

IMSS - BIENESTAR

ISSSTE

OTRO: _____

ESCOLARIDAD

PRIMARIA TRUNCA
 PRIMARIA TERMINADA

SECUNDARIA TRUNCA
 SECUNDARIA TERMINADA

BACHILLERATO TRUNCO
 BACHILLERATO TERMINADO

LICENCIATURA TRUNCA
 LICENCIATURA TERMINADA

NINGUNA
 OTRO: _____

INTEGRANTES DE SU HOGAR

¿CUÁNTOS HIJOS/HIJAS TIENE?: _____

¿ALGUNA DE SUS HIJAS/HIJOS TIENE UNA DISCAPACIDAD?

¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED?

INGRESO MENSUAL: \$ _____

3. SITUACIÓN ACTUAL DE SU VIVIENDA

LA VIVIENDA QUE HABITA ES

PROPIA RENTADA PRESTADA FAMILIAR
 OTRA: _____

PISO

CONCRETO MADERA TIERRA LOSETA
 OTRO: _____

TECHO

LÁMINA DE CARTÓN LÁMINA GALVANIZADA MADERA
 LÁMINA DE ASBESTO CONCRETO OTRO: _____

PAREDES

CONCRETO MADERA LÁMINA OTRO: _____

CÓMO TIENE ACCESO A AGUA POTABLE

TUBERÍA PIPA POSO Ó LLAVE PÚBLICA
 NO TENGO ACCESO A AGUA OTRO: _____

SERVICIO DE DRENAJE SANITARIO

LETRINA AIRE LIBRE
 DRENAJE PÚBLICO FOSA SÉPTICA OTRA: _____

SERVICIO DE LUZ ELÉCTRICA

SÍ NO

SERVICIO DE INTERNET

SÍ NO

TIENE TV DE PAGA?

SÍ NO

4. DATOS DEL PROGRAMA

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE APOYO

5. GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA AL QUE PERTENECE

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> PERSONA JEFA DE FAMILIA | <input type="radio"/> PERSONA CON DISCAPACIDAD | <input type="radio"/> MUJER CON ENFERMEDAD CRÓNICA | <input type="radio"/> PERSONA ADULTA MAYOR |
| <input type="radio"/> PERSONA EN SITUACIÓN VULNERABLE | <input type="radio"/> PERSONA DE ORIGEN INDÍGENA | <input type="radio"/> PERSONA MIGRANTE | <input type="radio"/> PERSONA AFROMEXICANA |
| <input type="radio"/> PERSONA DE LA COMUNIDAD LGTBIQ+ | <input type="radio"/> PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE | <input type="radio"/> PERSONA EN SITUACIÓN DE ADICIONES | <input type="radio"/> PERSONA ESTUDIANTE |

6. DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

LA PERSONA SUSCRITA EN ESTE ACTO DE MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA ES CIERTA, EMITIDA POR LA DEPENDENCIA COMPETENTE, LA CUAL ME IDENTIFICA ANTE LA SBGRO Y QUE ME ACREDITA COMO SOLICITANTE. LOS RECURSOS OBTENIDOS SERÁN UTILIZADOS POR MI PERSONA PARA EL PROPÓSITO QUE FUERON TRAMITADOS, QUE NO HARE USO INDEBIDO DEL MISMO, NO LOS ENAJENARE, NI OBTENDRÉ LUCRO DE ELLOS, QUE CONOZCO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES, ASÍ COMO TENGO CONOCIMIENTO, QUE DE INCUMPLIR EN ALGUNOS DE LOS REQUISITOS DE LA LEY, ME HARÁ SUJETA A CAUSAL DE BAJA, COMO PERSONA BENEFICIARIA DEL APOYO SOLICITADO, SIN RESPONSABILIDAD PARA LA SECRETARÍA, QUE CONOZCO Y PUEDO SER SUJETA DE SANCIONES Y PENAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY NÚMERO 465 DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS PARA EL ESTADO DE GUERRERO Y ARTÍCULO 259 DEL CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, NUMERO 499. ASIMISMO, MANIFIESTO NO SER PERSONA SERVIDORA PÚBLICA DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL, DESCENTRALIZADOS Y MUNICIPALES, O QUE MI SALARIO PROVENGA DE RECURSOS PÚBLICOS O EN LOS QUE SE TENGA ALGÚN INTERÉS PERSONAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS, DEL MISMO MODO ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE AL SOLICITAR EL INGRESO AL PROGRAMA NO SE CREA NINGUNA RELACIÓN LABORAL, ENTRE LA PERSONA SUSCRITA Y LA SECRETARÍA.

1. LOS PROGRAMAS DE APOYO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE GUERRERO SON PÚBLICOS, AJENOS A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO SU USO Y DIFUSIÓN PARA FINES DISTINTOS AL BIENESTAR SOCIAL.
2. CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS DE LA LEY NÚMERO 466 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE GUERRERO, EN ESTE MISMO ACTO SE HACE DE MI CONOCIMIENTO QUE ESTOY EN POSIBILIDAD DE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN EL SITIO:

<HTTPS://TRANSPARENCIA.GUERRERO.GOB.MX/TRANSPARENCIA/AVISO-DE-PRIVACIDAD-PROGRAMA-TARJETA-VIOLETA-2025/>

Autorizo que la información proporcionada sea revisada y utilizada por la Secretaría de Bienestar para los fines correspondientes al programa.

SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA

7. FIRMAS

FUNCIONARIO QUE REVISÓ EL FORMATO

NOMBRE Y FIRMA

8. NOTAS U OBSERVACIONES DEL ANALISTA
