

FORMATO ÚNICO

FECHA _____ MUNICIPIO _____

RECEPCIÓN DE SOLICITUD

 JOBEC
 SUBSIDIO JOVEN
 YO EMPRENDO
 GALARDON A LA JUVENTUD

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

PATERNO		MATERNO		NOMBRE	
EDAD	H	M	FECHA DE NACIMIENTO DIA / MES / AÑO		CURP
CALLE			No. EXT.	COLONIA	C.P.
TELEFONO 1		TELEFONO 2		CORREO ELECTRÓNICO	

1.- ¿ PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO O COMUNIDAD INDIGENA? SI ¿CUAL? _____ NO

2.- ¿ PERTENECE A UN PUEBLO ORIGINARIO O COMUNIDAD INDIGENA? SI ¿CUAL? _____ NO

2. ENCUESTA SOCIOECONÓMICA

PERSONAS QUE VIVAN CONTIGO

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN

1.- ¿ A QUE SE DEDICA? _____

2.- ¿ TIENE HIJOS? SI NO

3.- ¿ VIVEN CON USTED? SI NO

4.- ¿ TIENES HIJOS CON DISCAPACIDAD? SI ¿CUANTOS? _____ NO

5.- ¿ TIENS DEPENDIENTES ECONÓMICOS? SI NO

INGRESO MENSUAL

\$ _____

EGRESOS MENSUALES

GASTOS	\$ _____
LUZ	\$ _____
AGUA	\$ _____
GAS	\$ _____
ALIMENTOS	\$ _____
MEDICAMENTOS	\$ _____
TRANSPORTE	\$ _____
OTROS	\$ _____
TOTAL	\$ _____

LA VIVIENDA SE ENCUENTRA EN UN ÁREA:

URBANA RURAL

CON CUANTOS DOMITORIOS CUENTA TU CASA

1 2 3 4 5 MÁS DE 5

ESTADO CIVIL

SOLTERO (A) VIUDO (A)

CASADO (A) UNION LIBRE

OCUPACIÓN

ESTUDIANTE HOGAR

EMPLEADO DESEMPLEADO

AUTOEMPLEO OTRO _____

ESCOLARIDAD

BACHILLERATO UNIVERSIDAD

TÉCNICA OTRO _____

¿ A QUIÉN PERTENECE LA VIVIENDA?

PROPIA PRESTADA

RENTADA PROPIA PAGANDO A CREDITO

MATERIAL DE LA VIVIENDA

BLOCK LADRILLO

CONCRETO TABLAROCA

MADERA OTRO _____

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA

AGUA DRENAJE

LUZ INTERNET

TELEFONO

SERVICIOS DE SALUD

IMSS ISSSTE ISSSTECALI INSABI

OTRO _____

GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA

JEFA DE FAMILIA JORNALEROS AGRÍCOLAS

MOVILIDAD SITUACIÓN DE CALLE

PUEBLO ORIGINARIO MUJERES ESTUDIANDO EMBARAZADAS

LIBERADOS DE C.P.R.S. CASA HOGAR / ALBERGUE

PERSONAS CON DISCAPACIDAD ESTUDIANTE

VULNERABLE POR INGRESO

1	2	3
4	5	
TOTAL		

* calificación del comité seleccionador

3. DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD

Yo o el suscrito en este acto declaro bajo protesta de decir la verdad, que la información y documentación presentada es cierta, emitida por la autoridad competente la cual me identifica ante esta autoridad y que me acredita como beneficiario. Los recursos obtenidos serán utilizados por mi persona, para el proposito que fueron tramitados, que no hare uso indebido del mismo, no los enajenare ni obtendre lucro de ellos, que conozco mis derechos y obligaciones . asi como tengo conocimiento que incumplir en alguno de los requisitos de ley, me hare sujeto a causal de baja como beneficiario del apoyo solicitado, sin responsabilidad por la autoridad, que conozco y puedo ser sujeto de sanciones y penas establecidas en los articulos 69 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y 259 delCodigo Penal del Estado de Baja California. Acepto Términos y condiciones de los avisos de privacidad referentes a protección de datos personales que pueden ser consultados en los siguientes enlaces:<http://www.transparenciabc.gob.mx/Areas/resultadoBusqueda/?id=20> <http://www.bajacalifornia.gob.mx/juventudbc/transparencia/transparencia>

SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA