



FECHA:

DÍA

MES

AÑO

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

FORMATO DE APOYO 2026

- Antes de llenar esta solicitud, lea detenidamente los apartados de la misma
- Una vez completo este formato, deberá presentarlo acompañado de los documentos correspondientes para postular su proyecto 2026.
- En cualquier momento se podrán hacer visitas a la asociación para conocer sus actividades

TIPO DE APOYO



PROYECTO



PROTECCIÓN CIVIL



DIRECTO

I.- DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE COMO SE CONOCE LA ASOCIACIÓN COMÚNMENTE

NOMBRE FISCAL DE LA ASOCIACIÓN

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO DE LA A.C.

SEGUNDO TELÉFONO

ENTRE CALLES

LOCALIDAD O CIUDAD

RFC

CORREO

LA PROPIEDAD ES



RENTADA



PRESTADA



PROPIA



EN COMODATO



OTRA:

1. NOMBRE DE LOS DIRIGENTES DE LA ASOCIACIÓN

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO (PERSONA A CONTACTAR PARA ACLARACIONES)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

TELÉFONO CELULAR

SEGUNDO TELÉFONO

CORREO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMERO APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE (S)

CALLE

#EXT

#INT

COLONIA

C.P.

MUNICIPIO

TELÉFONO CELULAR

SEGUNDO TELÉFONO

CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CORREO

2. CONSTITUCIÓN Y LOGROS DE LA ORGANIZACIÓN

FECHA DE CONSTITUCIÓN (SEGÚN EL ACTA CONSTITUTIVA)

DÍA

MES

AÑO

FECHA DE REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD Y COMERCIO

DÍA

MES

AÑO

3. VISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

4. MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

5. OBJETIVO DE LA ORGANIZACIÓN (A QUÉ SE DEDICA)

6. SERVICIOS QUE OFRECE DE LA ORGANIZACIÓN

7. TIPO DE POBLACIÓN QUE BENEFICIA PRINCIPALMENTE

- ☐ ADULTOS MAYORES
- ☐ CASA HOGAR
- ☐ CULTURA
- ☐ DEPORTE
- ☐ MUJERES
- ☐ PUEBLOS ORIGINARIOS
- ☐ DERECHOS HUMANOS
- ☐ DESARROLLO COMUNITARIO
- ☐ DIVERSIDAD SEXUAL
- ☐ EDUCACIÓN
- ☐ MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA
- ☐ SITUACIÓN DE ADICCIONES
- ☐ ESTANCIA INFANTIL
- ☐ LIBERADOS DE C.P.R.S
- ☐ MEDIO AMBIENTE
- ☐ MIGRANTES
- ☐ PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- ☐ SALUD

8. NÚMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS POR LA ORGANIZACIÓN

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 11 AÑOS			
12 A 17 AÑOS			
18 A 29 AÑOS			
30 A 64 AÑOS			
MAYORES DE 65 AÑOS			
TOTAL			

9. INFORMACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN LA INSTITUCIÓN	NÚMERO DE EMPLEADOS	VOLUNTARIOS		SERVICIO SOCIAL	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES

10. PRESUPUESTO PROGRAMADO PARA 2026	\$
---	----

MARQUE CON UNA X UNA O VARIAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y ESPECIFIQUE LA CANTIDAD O ESPECIE OBTENIDA	APORTACIONES DE BENEFICIARIOS	DONATIVOS DE PERSONAS FÍSICAS	VENTA DE PRODUCTOS
	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE
	APORTACIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA OSC	DONATIVOS DEL GOBIERNO	OTRAS (ESPECIFIQUE)
	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE
	DONATIVOS DE EMPRESAS	EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS	
	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	☐ EFECTIVO ☐ ESPECIE	

II.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y ÁREA DE APLICACIÓN DEL RECURSO SOLICITADO

1. NOMBRE DEL PROYECTO	
-------------------------------	--

2. TIPO DE APOYO

PARA PROYECTOS O DIRECTOS			
☐ EQUIPAMIENTO	☐ MANTENIMIENTO	☐ CONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN	☐ APOYO ALIMENTICIO
☐ DESAROLLO COMUNITARIO	☐ CAPACITACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE PROGRAMA	☐ OTRO	

PARA EL PROGRAMA INTERNO DE PROTECCIÓN CIVIL		PARA LA ATENCIÓN A GRUPOS PRIORITARIOS COMO: INSTITUCIONES DE ASISTENCIA SOCIAL PRIVADA, ADULTO MAYOR Y DISCAPACIDAD	
☐ DICTAMEN ESTRUCTURAL	☐ DICTAMEN DE GAS	☐ PAGO DE SEÑALAMIENTO	☐ PAGO DE CONSTRUCCIÓN Y REHABILITACIÓN
☐ DICTAMEN ELÉCTRICO	☐ PAGO DE MANTENIMIENTO	☐ PAGO DE MEDIDAS Y EQUIPO DE SEGURIDAD	

3. PLANTEAMIENTO DEL PROYECTO



BIENESTAR
Secretaría de Bienestar



5. LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO EL PROYECTO

CALLE			#EXT	#INT
COLONIA	C.P.	MUNICIPIO	LOCALIDAD	
ENTRE CALLES				

[illegible]A decorative border at the bottom of the page featuring a repeating pattern of geometric shapes and colors, including squares, triangles, and circles in shades of blue, green, and yellow.[illegible]

10. NÚMERO DE BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0 A 11 AÑOS			
12 A 17 AÑOS			
18 A 29 AÑOS			
30 A 64 AÑOS			
MAYORES DE 65 AÑOS			
TOTAL			

11. PRESUPUESTO

DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO (EN SEMANAS)	
PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO	\$
PRESUPUESTO SOLICITADO PARA EL PROYECTO	\$

12. MEDIOS DE VERIFICACIÓN DEL PROYECTO

(EVIDENCIA CONCRETA QUE PRESENTARÁ PARA EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO)

13. ÁREA DE APLICACIÓN (MARQUE CON UNA X LA APLICACIÓN PRINCIPAL DEL PROYECTO)

☐ PROYECTO DE BENEFICIO DIRECTO A GRUPOS VULNERABLES

☐ PROYECTO DE FORTALECIMIENTO A LA INSTITUCIÓN

14. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

¿HA SIDO ESTE PROYECTO PRESENTADO ANTE OTRAS ORGANIZACIONES O INSTITUCIONES SOLICITANDO APOYO?	☐ SI	☐ NO	
SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA, MENCIONE LAS INSTITUCIONES, Y SI EL PROYECTO FUE APROBADO, MENCIONE EL MONTO	SÍ LO APROBÓ	NO LO APROBÓ	MONTO (\$)
1-	☐	☐	
2-	☐	☐	
3-	☐	☐	
4-	☐	☐	
5-	☐	☐	



III.- VINCULACIÓN CON LA SECRETARÍA DE BIENESTAR

¿RECIBÍO APOYO ECONÓMICO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO EN 2025 ?



SI



NO

SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA, SEÑALE EL TIPO DE APOYO O PROGRAMA Y LA CANTIDAD RECIBIDA

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

PROGRAMA/APOYO

CANTIDAD

¿PRESENTÓ COMPROBACIÓN DE SU ÚLTIMO APOYO OTORGADO?



SI



NO

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACIÓN CIVIL MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS ASENTADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD SON VERÍDICOS Y QUE **NO** ☐ **SI** ☐ HA SIDO BENEFICIADO CON ALGÚN OTRO APOYO ECONÓMICO POR PARTE DE ALGUNO DE LOS 3 ÓRDENES DE GOBIERNO PARA ESTE PROYECTO.

DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

El **SUSCRITO(A)** en este acto manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** que toda información y documentación presentada es cierta, emitida por la autoridad competente, la cual me identifica ante esta autoridad. Los recursos que se obtengan serán utilizados por mi persona, para el propósito que fueron, tramitados; que no hare uso indebido del mismo, no los enajenaré ni obtendré lucro de ellos; conozco mis derechos y obligaciones, y que en caso de incumplimiento a los requisitos que señala la Ley, me hará sujeto a la casual de baja como beneficiario del apoyo solicitado sin responsabilidad para la autoridad; que conozco y sé que puedo ser sujeto a sanciones y penas establecidas en los artículos 69 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado, artículo 259 del Código Penal para el Estado de Baja California. Asimismo, expreso bajo protesta de decir verdad, que no soy familiar directo de empleados o funcionarios, o bien empleado o funcionario de cualquiera de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado; o tener algún interés de negocios. Acepto los términos y condiciones que al solicitar el ingreso al programa no se crea ninguna relación laboral entre el **SUSCRITO (A)** y la **SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**.

1. Autorizo expresamente al Gobierno de Baja California para que dé tratamiento a mis datos personales en los términos de los artículos 11, 14, 16 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, 10, 11 y 12 de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Apertura Institucional para el Estado de Baja California, 64 y 119 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 2. Los programas de apoyo de la **SECRETARÍA** son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso y difusión para fines distintos al Bienestar Social. 3.- Con fundamento en los artículos 19 y 20 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Sector Público del Estado de Baja California, en este mismo acto, se hace de su conocimiento que está en posibilidad de consultar nuestro aviso de privacidad de datos personales en nuestro sitio:

<http://www.transparencia.gob.mx/Areas/resultadoBusqueda/34>

SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA