



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA "CORAZONES VIAJEROS"
DATOS DE LA PERSONA BENEFICIADA

LUGAR Y FECHA: _____ B.C. A _____ DE _____ DEL AÑO 2025.

FOLIO 0001

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE(S)	
EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:	A	A	A	A
		M	M	D	D
		CURP			
MUNICIPIO:	CALLE:	NUM EXT.		NUM INT.	
COLONIA:	CÓDIGO POSTAL:	TELÉFONO CELULAR		TEL. ALTERNATIVO	
GÉNERO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NO BINARIO <input type="radio"/> OTRO	¿PERTENECE A UNA COMUNIDAD? <input type="radio"/> SÍ, ¿A CUÁL? _____ <input type="radio"/> NO		¿TIENE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="radio"/> SÍ, ¿CUÁL? _____ <input type="radio"/> NO		
¿CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD? <input type="radio"/> TEMPORAL <input type="radio"/> PERMANENTE <input type="radio"/> NO		¿CUÁL ES SU DISCAPACIDAD? <input type="radio"/> MOTRIZ <input type="radio"/> VISUAL <input type="radio"/> AUDITIVA <input type="radio"/> INTELECTUAL <input type="radio"/> PSICOSOCIAL <input type="radio"/> SENSORIAL			
SECCIÓN SOCIOECONÓMICA					
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE <input type="radio"/> OTRO _____		OCUPACIÓN <input type="radio"/> EMPLEADO <input type="radio"/> HOGAR <input type="radio"/> AUTOEMPLEO <input type="radio"/> ESTUDIANTE <input type="radio"/> DESEMPLEADO <input type="radio"/> OTRO _____		PERTENENCIA DE LA VIVIENDA <input type="radio"/> PROPIA <input type="radio"/> RENTADA <input type="radio"/> PRESTADA <input type="radio"/> FAMILIAR <input type="radio"/> OTRO _____	
ESCOLARIDAD: <input type="radio"/> PRIMARIA <input type="radio"/> PRIMARIA TRUNCA <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> SECUNDARIA TRUNCA <input type="radio"/> TÉCNICA <input type="radio"/> TÉCNICA TRUNCA <input type="radio"/> BACHILLERATO <input type="radio"/> BACHILLERATO TRUNCO <input type="radio"/> UNIVERSIDAD <input type="radio"/> UNIVERSIDAD TRUNCA		¿CUENTA CON AHORRO PARA EL RETIRO? <input type="radio"/> PENSIÓN <input type="radio"/> AFORE / SAR <input type="radio"/> NO		CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: PISO <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> OTRO TECHO <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> OTRO PAREDES <input type="radio"/> CONCRETO <input type="radio"/> MADERA <input type="radio"/> OTRO	
INTEGRANTES DEL HOGAR ¿TIENE HIJOS? ¿CUÁNTOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> _____ ¿VIVEN CON USTED? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿TIENE HIJOS CON DISCAPACIDAD? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿TIENE HIJOS CON ENFERMEDAD? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿TIENE DEPENDIENTES ECONÓMICOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿CUENTA CON SERVICIOS DE SALUD? ¿Y EN DÓNDE? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> INSABE <input type="radio"/> OTRO		GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR	
		INGRESO MENSUAL		¿ES USTED EL ÚNICO INGRESO DEL HOGAR? ¿QUIÉN MÁS?	
		[]		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
		INGRESO ADICIONAL []			
		¿HA FALTADO ALIMENTO EN SU HOGAR POR MOTIVO DE INGRESO EN EL ÚLTIMO MES?		SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
		DESGLOSE DE GASTOS			
		ALIMENTOS _____		AGUA (MENSUAL) _____	
		SALUD _____		GAS (MENSUAL) _____	
		TRANSPORTE _____		CELULAR _____	
		RENTA O HIPOTECA _____		OTROS _____	
		LUZ (MENSUAL) _____		TOTAL []	
		SERVICIOS DE VIVIENDA AGUA <input type="radio"/> TUBERÍA <input type="radio"/> OTRO LUZ <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO ¿LA VIVIENDA CUENTA CON DRENAJE? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> LETRINA <input type="radio"/> NO ¿LA VIVIENDA CUENTA CON INTERNET? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO ¿CUENTA CON COMPUTADORA? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO ¿TIENE INTERNET DESDE SU CELULAR? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO			

NO AUTORIZADA PARA SU REPRODUCCIÓN - SU TRÁMITE ES GRATUITO



DATOS DE LAS PERSONAS ACOMPAÑANTES

NOMBRE COMPLETO:
DOMICILIO:
CURP:

EDAD:

PARENTESCO:

NOMBRE COMPLETO:
DOMICILIO:
CURP:

EDAD:

PARENTESCO:

NOMBRE COMPLETO:
DOMICILIO:
CURP:

EDAD:

PARENTESCO:

GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA

- | | | |
|--|---|-------|
| <input type="radio"/> JEFE DE FAMILIA | <input type="radio"/> JORNALEROS AGRÍCOLAS | _____ |
| <input type="radio"/> MUJER EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA | <input type="radio"/> SITUACIÓN VULNERABLE | _____ |
| <input type="radio"/> ADULTOS MAYORES | <input type="radio"/> SITUACIÓN DE ADICCIONES | _____ |
| <input type="radio"/> PERSONA EN CONTEXTO DE MOVILIDAD | <input type="radio"/> AFROMEXICANOS | _____ |
| <input type="radio"/> LIBERADOS DE C.P.R.S. | <input type="radio"/> NNA <input type="radio"/> OTROS | _____ |

MODALIDAD Y RECORRIDO EN EL QUE PARTICIPA

- VIAJES DE EXCURSIÓN VIAJES CON Pernocta NOMBRE DEL RECORRIDO _____

CLÁUSULAS

EL SUSCRITO (A) en este acto manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD** que toda información y documentación presentada es cierta, emitida por la autoridad competente, la cual me identifica ante esta autoridad y que me acredita como persona beneficiaria. El apoyo obtenido será utilizado por mi persona, para el propósito que fueron tramitados, que no haré 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 alguno de los requisitos de ley, me haré sujeto a causal de baja como beneficiario del apoyo solicitado, sin responsabilidad para la autoridad, que conozco y sé que puedo ser sujeto de sanciones y penas establecidas en los artículos 69 de la Ley de Responsabilidad Administrativas del Estado de Baja California y artículo 259 del Código Penal del Estado de Baja California; asimismo, manifiesto no estar recibiendo, de manera simultánea, otro apoyo para el mismo fin otorgado por alguna dependencia o entidad de la Administración Pública Estatal y/o Federal, que no soy persona servidora o funcionaria de alguno de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado, o familiar directo de personas servidoras o funcionarias de cualquiera de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado; o en los que estos tengan algún interés personal, familiar, o de negocios.

1. Autorizo expresamente al Gobierno de Baja California para que dé tratamiento a mis datos personales en los términos de los Artículos 9, 19, 12 y 13 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Baja California, 8, 9 y 10 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California, 68 y 120 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública 2. Los programas de apoyo de la SECRETARÍA son públicos, ajenos a cualquiera partido político. Queda prohibido su uso y difusión para fines distintos a los establecidos en el Programa. 3. Con fundamentos en los artículos 13 y 14 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el 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 web: www.bajacalifornia.gob.mx/sectore/

FIRMA DE LA PERSONA BENEFICIADA

ANEXOS

- IDENTIFICACIÓN OFICIAL CURP OTRO

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL APOYO?

- FAMILIA AMIGOS LÍDER DE GRUPO REDES SOCIALES OTRO

NO AUTORIZADA PARA SU REPRODUCCIÓN - SU TRÁMITE ES GRATUITO