



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

LUGAR Y FECHA: _____ B.C. A _____ DE _____ DEL AÑO 2026.

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|-------------------------|----------------------|--|--|-----------------|--|--|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | | | NOMBRE(S) | | | | |
| EDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: | | 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 | | | | 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 | | | |
| GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR | | | | | | | | | | |
| INGRESO MENSUAL | | | ¿ES USTED EL ÚNICO INGRESO DEL HOGAR? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿QUIÉN MÁS? 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 _____ | | | | | |

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"/> RFO | <input type="radio"/> SITUACIÓN DE ADICCIONES _____ |
| <input type="radio"/> MOVILIDAD | <input type="radio"/> AFROMEXICANOS _____ |
| <input type="radio"/> LIBERADOS DE C.P.R.S. | <input type="radio"/> NNA <input type="radio"/> OTROS _____ |

VALE Y RECORRIDO EN EL QUE PARTICIPA

NÚMERO DE FOLIO DEL VALE (ES) _____ 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 hará 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 que mis ingresos son menores a \$15,000.00 (Quince Mil Pesos 00/100 Moneda Nacional) y no estar recibiendo, de manera simultánea, otro apoyo destinado al mismo fin, otorgado por alguna Dependencia o Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal o Federal, que no soy persona servidora pública de alguno de los tres niveles de Gobierno centralizado o descentralizado, o familiar directo de personas servidoras públicas de cualquiera de los tres niveles de Gobierno centralizado o paraestatal; 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 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, 68 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 a los establecidos en el Programa. 3. Con fundamentos 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: www.bajacalifornia.gob.mx/secture/

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