



FORMATO ÚNICO DE BIENESTAR

TRÁMITE:  SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  AUXILIAR  BAJA  PAGO DE MARCHA  CORRECCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS  REVISIÓN DE DATOS EN PADRÓN  MEDIO DE COBRO

FECHA: día mes año

ID ÚNICO



1 DATOS DE BENEFICIARIO (A)

Form fields for Beneficiary (A) including: PROGRAMA, ESTADO, REGIÓN, MUNICIPIO, ASISTENTE SOCIAL, NOMBRE (S), PATERNO, MATERNO, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, ESTADO DE NACIMIENTO, TELÉFONO Fijo, CELULAR, CLAVE DE ELECTOR, CURP, LOCALIDAD, COLONIA, CALLE, EXT, INT, MZ, LOTE, CP, REFERENCIA 1, REFERENCIA 2, and questions about indigenous status.

2 AUXILIAR

ALTA  CAMBIO  BAJA \*SI EL BENEFICIARIO LO REQUIERE O ES MENOR DE EDAD.

Form fields for Auxiliary including: NOMBRE (S), PATERNO, MATERNO, CLAVE DE ELECTOR, CURP, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, ESTADO DE NACIMIENTO, TELÉFONO Fijo, CELULAR, LOCALIDAD, COLONIA, CALLE, EXT, INT, MZ, LOTE, CP, and various relationship and document options.

3 SOLICITUD

Por medio de la presente manifiesto de manera personal y directa que mis datos son correctos, por lo que solicito mi incorporación al programa ante el señado, ya que cumplo con los requisitos establecidos en la normatividad aplicable, misma a la que me obligo a dar cumplimiento. Asimismo, manifiesto de manera libre e informada mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, autorizando expresamente su inclusión en el padrón que determine la Dependencia Federal correspondiente.

Signature line with the word FIRMA.

TRÁMITE:  SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  AUXILIAR  BAJA  PAGO DE MARCHA  CORRECCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS  REVISIÓN DE DATOS EN PADRÓN  MEDIO DE COBRO

ID ÚNICO

FECHA: día mes año



NOMBRE (S)

PATERNO MATERNO

\*ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR ACTUALIZADA.

\*\*EN CASO DE DISCAPACIDAD ANEXAR COPIA DE CERTIFICADO.



4 SOLICITUD DE PAGO DE MARCHA (AUXILIAR REGISTRADO)

NOMBRE (S) PATERNO MATERNO

PARENTESCO DOCUMENTO QUE AVALA PARENTESCO

ACTA DE DEFUNCIÓN  COPIA DE CERTIFICADO MÉDICO

FECHA DE DEFUNCIÓN DIA MES AÑO

FIRMA DEL AUXILIAR

5 SOLICITUD DE BAJA

BAJA VOLUNTARIA

VO. A DIA MES AÑO SOLICITO MI BAJA DEL PROGRAMA

PROGRAMA , CONFORME A LAS REGLAS DE OPERACIÓN VIGENTES.

FIRMA DEL SOLICITANTE

BAJA DEL PROGRAMA

PROGRAMA

MOTIVOS  NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS  FALLECÓ  OTRO

FIRMA DEL SOLICITANTE

6 MEDIO DE COBRO

DEPÓSITO DE TARJETA TIPO:  EXTRAVÍO  ROBO  RETENCIÓN  OTRO

BANCO:  BIENESTAR (BANSEFI)  BANORTE  BANCO AZTECA  OTRO

TARJETA CUENTA CLAVE

ETIQUETAS DE SEGURIDAD TIPO:  EXTRAVÍO  ROBO FOLIO

ORDEN DE PAGO TIPO:  EXTRAVÍO  ROBO FOLIO

SI YA CUENTAS CON UNA TARJETA BANCARIA

BIENESTAR (BANSEFI)  BANORTE  BANCO AZTECA  OTRO

\*ANEXAR ESTADO DE CUENTA

TARJETA CUENTA CLAVE

7 REVISIÓN DE DATOS EN EL PADRÓN

SOLICITO LA REVISIÓN DE MIS DATOS EN EL PADRÓN DEL PROGRAMA

MOTIVO  DUPLICADO  REACTIVACIÓN  TARJETA SIN RESPÓND  REVISIÓN DEL REGISTRO

OBSERVACIONES

FIRMA BENEFICIARIO(A)

8 CASOS ESPECIALES

CASOS ESPECIALES  MIGRANTE  DAMNIFICADO  RECLUSIÓN  SITUACIÓN DE CALLE  DESPLAZADOS  OTRO

SITUACIÓN  FAMILIAR  AYUDA HUMANITARIA  EMERGENCIA  OTRO

DOCUMENTACIÓN FALTANTE  ACTA DE NACIMIENTO  CREDENCIAL PARA VOTAR  CUMP  IDENTIFICACIÓN OFICIAL

9 COMPROMISO SOLIDARIO DEL AUXILIAR

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que acepto como responsable solidario del derechohabiente/beneficiario, recibir la tarjeta anexa al presente documento en la que será depositado el apoyo del programa social al que, conforme al Censo para el Padrón del Programa, le corresponde la persona que represento. Por lo anterior, me obligo a destinar los recursos, bajo mi responsabilidad únicamente para los requerimientos del derechohabiente/beneficiario. Asimismo, me obligo a mantener actualizado al censo para el Bienestar, avisar el fallecimiento del derechohabiente/beneficiario, en su caso en los 30 días siguientes a su fallecimiento, así como para otorgar las facilidades para la aplicación del programa.

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO FECHA RESPONSABLE NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

10 ELABORACIÓN

LUGAR  MESA DE ATENCIÓN  MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO  VENTANILLA  CENTRO INTEGRADOR  DELEGACIÓN

QUIEN ELABORÓ  DELEGADO  SUBDELEGADO  COORDINADOR  SERVIDOR DE LA NACIÓN  AUXILIAR  PERSONAL DE BIENESTAR

ID NOMBRE PATERNO MATERNO

FIRMA

AVISO SIMPLIFICADO DE PRIVACIDAD

La Secretaría de Bienestar, a través de sus dependencias, es responsable de la protección y tratamiento de los datos personales que proporciona al titular. Los datos personales serán utilizados para validar los requisitos de elegibilidad de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y el Programa de Bienestar, así como para llevar a cabo el trámite correspondiente ante la Subsecretaría de Crédito, cuya tarjeta se refiere en el presente documento. Los datos personales no serán transferidos a autoridades, poderes, entidades, órganos y organismos gubernamentales de los tres órdenes de gobierno ni tampoco a personas físicas o morales. Usted puede acceder a sus datos personales en [www.gob.mx/bienestar/privacidad](http://www.gob.mx/bienestar/privacidad) o enviar un informe en cumplimiento de los artículos 26 y 27 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, con Programación de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

LUGAR  MESA DE ATENCIÓN  MESA DE ATENCIÓN EN EVENTO  VENTANILLA  CENTRO INTEGRADOR  DELEGACIÓN

QUIEN ELABORÓ  DELEGADO  SUBDELEGADO  COORDINADOR  SERVIDOR DE LA NACIÓN  AUXILIAR  PERSONAL DE BIENESTAR

ID NOMBRE PATERNO MATERNO

FIRMA

BENEFICIARIO(A)

