

 <b>Gobierno de México</b> SECRETARÍA DE BIENESTAR	ESTADO      REGIÓN      FOLIO	VOL 08/19
--	-------------------------------	-----------

**FORMATO ÚNICO DE BIENESTAR**

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

FECHA  
 DÍA    MES    AÑO

ID ÚNICO



PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES



PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**1 DATOS DE BENEFICIARIO (A)**

PROGRAMA

ESTADO    REGIÓN    MUNICIPIO    ÁREA

NOMBRE (S)    PATERNO    MATERNO

EDAD    FECHA DE NACIMIENTO    ESTADO DE NACIMIENTO    TELÉFONO FDD    CELULAR

CLAVE DE ELECTOR    CURP

LOCALIDAD    COLONIA    CALLE    # EXT    #INT    MZ    LOTE    C/P

REFERENCIA 1    REFERENCIA 2

1. ¿PERTENECE A UN PUEBLO INDÍGENA?  SÍ  NO ¿CUÁL?    2. ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA?  SÍ  NO ¿CUÁL?

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

NOMBRE (S)    PATERNO    MATERNO

CLAVE DE ELECTOR    CURP

EDAD    FECHA DE NACIMIENTO    ESTADO DE NACIMIENTO    TELÉFONO FDD    CELULAR

LOCALIDAD    COLONIA    CALLE    # EXT    #INT    MZ    LOTE    C/P

PARENTESCO <input type="radio"/> MADRE <input type="radio"/> PADRE <input type="radio"/> ABUELO/A <input type="radio"/> TÍO/A <input type="radio"/> HERMANO/A (18+) <input type="radio"/> HDO/A (18+)	DOCUMENTOS <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO DE LA EL HDO	PARENTESCO <input type="radio"/> CASA HOGAR, A.C., I.A.P.	DOCUMENTOS <input type="radio"/> CONSTANCIA DE NIÑO/A EN DESAMPARO <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE	PARENTESCO <input type="radio"/> TUTOR/A	DOCUMENTOS <input type="radio"/> SENTENCIA Y/O ACTA DE TUTOR <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE
PARENTESCO <input type="radio"/> AMIGO/A, PADRINO, MADRINA, VECINO/A	DOCUMENTOS <input type="radio"/> CARTA COMPROMISO SOLIDARIO FIRMADA POR DOS TESTIGOS <input type="radio"/> TESTIGOS <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE	PARENTESCO <input type="radio"/> ESPOSO/A <input type="radio"/> CONCUBINO/A <input type="radio"/> UNIÓN LIBRE	DOCUMENTOS <input type="radio"/> ACTA DE MATRIMONIO <input type="radio"/> CONSTANCIA DE CONCUBINATO <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE	PARENTESCO <input type="radio"/> ADOPCIÓN	DOCUMENTOS <input type="radio"/> SENTENCIA <input type="radio"/> ACTA DE ADOPCIÓN <input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE

**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 antes señalado, ya que cumplo con los requisitos establecidos en la normatividad aplicable, mismo 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.

\_\_\_\_\_

FIRMA

ESTADO      REGIÓN      FOLIO	VOL 08/19
-------------------------------	-----------

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

ID ÚNICO

FECHA  
 DÍA    MES    AÑO



PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES



PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

\*ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR ACTUALIZADA.    \*EN CASO DE DISCAPACIDAD ANEXAR COPIA DE CERTIFICADO.

GOBIERNO DE MÉXICO
BIENESTAR  
del Estado de México

---

**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

FIRMA DEL AUXILIAR

---

**5 SOLICITUD DE BAJA**

BAJA VOLUNTARIA

YO,  A  DÍA  MES  AÑO  SOLICITO MI BAJA DEL

PROGRAMA  , CONFORME A LAS REGLAS DE OPERACIÓN VIGENTES.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O AUXILIAR

BAJA DEL PROGRAMA

PROGRAMA

MOTIVOS  NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS  FALLECIÓ  OTRO

REALIZA BAJA

---

**6 MEDIO DE COBRO**

<input type="radio"/> DEPÓSITO DE TARJETA	TIPO: <input type="radio"/> EXTRAVÍO <input type="radio"/> ROBO	BANCO: <input type="radio"/> BIENESTAR (BANSEFI) <input type="radio"/> BANORTE <input type="radio"/> BANCO AZTECA <input type="radio"/> OTRO <input type="text"/>	TARJETA <input type="text"/>
<input type="radio"/> BAJA DE TARJETA	TIPO: <input type="radio"/> RETENCIÓN <input type="radio"/> OTRO		CUENTA <input type="text"/>
			CLAVE <input type="text"/>

  

<input type="radio"/> ETIQUETAS DE SEGURIDAD	TIPO: <input type="radio"/> EXTRAVÍO <input type="radio"/> ROBO	FOLIO <input type="text"/>
<input type="radio"/> ORDEN DE PAGO	TIPO: <input type="radio"/> EXTRAVÍO <input type="radio"/> ROBO	FOLIO <input type="text"/>

  

<input type="radio"/> SI VA CUENTAS CON UNA TARJETA BANCARIA	<input type="radio"/> BIENESTAR (BANSEFI) <input type="radio"/> BANORTE <input type="radio"/> BANCO AZTECA <input type="radio"/> OTRO <input type="text"/>	*ANEXAR ESTADO DE CUENTA	TARJETA <input type="text"/> CUENTA <input type="text"/> CLAVE <input type="text"/>
--	--	--------------------------	---

---

**7 REVISIÓN DE DATOS EN EL PADRÓN**

SOLICITO LA REVISIÓN DE MIS DATOS EN EL PADRÓN DEL PROGRAMA

MOTIVO  DUPLICADO  REACTIVACIÓN  TARJETA SIN DEPÓSITO  REVISIÓN DEL REGISTRO

OBSERVACIONES

FIRMA BENEFICIARIO(A)

---

**8 CASOS ESPECIALES**

<b>CASOS ESPECIALES</b> <input type="radio"/> MICRANTE <input type="radio"/> DAMNIFICADO <input type="radio"/> RECLUSIÓN <input type="radio"/> SITUACIÓN DE CALLE <input type="radio"/> DESPLAZADOS <input type="radio"/> OTRO <input type="text"/>	<b>SITUACIÓN</b> <input type="radio"/> DESASTRE NATURAL <input type="radio"/> AYUDA HUMANITARIA <input type="radio"/> EMERGENCIA SOCIAL <input type="radio"/> OTRO <input type="text"/>	<b>DOCUMENTACIÓN FALTANTE</b> <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="radio"/> CREDENCIAL PARA VOTAR <input type="radio"/> CURP <input type="radio"/> 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 Bienestar, tiene derecho 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 el censo para el Bienestar, avisar el fallecimiento del derechohabiente/beneficiario, en su caso en los 30 días subsiguientes, el cambio de residencia, así como para otorgar las facilidades para la aplicación del programa.

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO	FIRMA 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 del Gobierno Federal, es el responsable de la protección y tratamiento de los datos personales que proporciona el titular. Los datos personales serán utilizados para validar los requisitos de elegibilidad determinados por las Dependencias Federales correspondientes y todos aquellos que se requieran para la operación del programa, así como para llevar a cabo el trámite correspondiente ante la Institución de Crédito, cuya tarjeta se refiere en el presente documento. Los datos personales no serán transferidos a autoridades, poderes, entes, órganos, organismos gubernamentales de los tres órdenes de gobierno ni tampoco a personas físicas o morales. Usted puede manifestar su negación para el tratamiento de sus datos personales para aquellas finalidades que no son necesarias para validar los requisitos de elegibilidad antes señalados. El mecanismo para manifestar su negación se tendrá a cabo mediante un escrito libre de deber ser firmado, en el cual usted deberá manifestar su negación u oposición a dicho tratamiento y enviarlo a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionprivacidad@bienestar.gob.mx](mailto:atencionprivacidad@bienestar.gob.mx). Se garantiza la protección, el acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de los datos personales que le concierne de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La consulta sobre el programa, aplicación y beneficiarios podrá realizarse conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. El aviso de privacidad integral se puede consultar en el portal de internet de la Secretaría del Bienestar en [www.gob.mx/bienestar/privacidad](http://www.gob.mx/bienestar/privacidad). Lo anterior se informa en cumplimiento de los artículos 26 y 27 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los Programas de Desarrollo son de carácter público, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

---

**BENEFICIARIO(A)**

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

ANEXO 4

**DIAGRAMA DE FLUJO  
SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA PENSIÓN 2021**