

**Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guanajuato  
Dirección de Atención a Personas Adultas Mayores  
Apoyos Mayores GTO**

1) Fecha:

Por medio del presente, solicito a DIF ESTATAL la inclusión al Programa de Apoyos Mayores. **Hago entrega de los siguientes documentos:**

**Copia simple de una identificación oficial vigente  
Copia simple de la Clave Única de Registro de Población  
Comprobante de domicilio no mayor a tres meses**

En términos del artículo 22, de las Reglas de Operación del Programa de Apoyos Mayores, no se podrá recibir este apoyo con ningún otro apoyo económico directo.

**Datos del interesado:**

2) Nombre completo:

4) Fecha de nacimiento:

6) Calle:

10) Lote:

11) Colonia:

12) Municipio:

13) Código Postal:

14) Teléfono particular:

15) Teléfono de casa:

19) ¿Pertenece a alguna étnia indígena?

21) ¿Actualmente usted sufre maltrato?

**I. Carencia en Acceso a la Seguridad Social**

22) ¿Es pensionado o jubilado?

23) ¿Cuenta con algún programa social?

**II. Carencia en Vivienda**

24) Cuenta con vivienda propia ?

**III. Carencia en servicios básicos en la vivienda**

26) Cuenta con servicio de agua potable?

27) Cuenta con servicio del drenaje?

28) Cuenta con servicio de luz eléctrica?

**IV. Carencia educativa**

**33 ¿Cuál es su último grado de estudio?**

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad

Observaciones

Total de Carencias

Si la persona se encuentra en alguno de los supuestos 16, 17 y 18, ante la Le

¡En caso de que falte el nombre, firma del que elabora del formato, como de quier

Los datos personales que se recaban con motivo de la operación de la Dirección de Atención y de Datos Personales para el Estado y los municipios de Guanajuato. Este programa es público

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL PROGRAMA «APOYOS MAYORES (**

**FAMILIA/**

Denominación del responsable: El Sistema para el Desarrollo Inter  
personales que nos proporcione. Finalidades del tratamiento: Identificac  
del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, requisitos y criterios d  
para la entrega de los beneficios, apoyos o servicios del programa,  
evaluación y auditoría del programa. Transferencias que requieran cons  
Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado  
tratamiento de sus datos personales por ser necesarios para ejercer  
únicamente para el ejercicio de facultades propias, compatibles o análc  
las y los titulares manifiesten su negativa al tratamiento de datos perso  
Pública del Poder Ejecutivo, las personas titulares de los datos per  
tratamiento de datos personales (derechos ARCO) ante la Unidad de  
Sebastián número 78, Zona Centro, Guanajuato, Guanajuato. C.P. 36  
16:00 hrs., o bien a través de la dirección electrónica unidadtransparen  
conocer nuestro aviso de privacidad integral podr  
<http://dif.gua>

Nombre de quien elabora cuestionario

AUTORIZA

Firma de quien elabora cuestionario

**Este programa es público, ajeno a cualquier partido políti**

ato

ANEXO 1

o denominado "Apoyos Mayores GTO".

3) con fotografía.  
4) Domicilio (CURP).  
5) Fecha de antigüedad.

s Mayores GTO para el Ejercicio Fiscal 2020, manifiesto bajo protesta

			3) Edad:
5) Estado de nacimiento:			
7) No. Exterior:		8) No. Interior:	9) Manzana:
		16) Tiene alguna discapacidad?	
		17) Tiene a su cargo una persona con discapacidad?	
		18) Ejerce la patria potestad sobre una persona?	
20) Mencionar ¿cuál?			

Si la respuesta es afirmativa, especifique a continuación que tipo de maltrato.

Si la persona se encuentra en alguno de los supuestos de 22 y 23, no es beneficiaria del programa Apoyos Mayores GTO, por el Artículo 10 de la Ley de Operación 2020.

V. Carencia en Alimentación

25) ¿En los últimos 3 meses por falta de dinero o recursos se quedaron sin comer?

VI. Carencia en bienestar económico

29) Ocupación: 30) Ingreso Mensual:

31) Otros Ingresos: 32) Especifique:

VII. Carencia en servicios de salud

34) ¿Cuenta con prestación de servicios médicos de alguno de los siguientes?

Ninguno

IMSS o ISSSTE

Seguro Popular

PEMEX

Seguro

S.

de Asistencia Social del Estado de Guanajuato, Cap. II Art. 4o. Numeral V; es su

1 solicita no tendrá validez!

Apoyos a Personas Adultas Mayores, serán protegidos, incorporados y tratados  
ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a

**GTO PARA EL EJERCICIO FISCAL 2020» A CARGO DEL SISTEMA PAR  
A DEL ESTADO DE GUANAJUATO**

[El Jefe de la Familia del Estado de Guanajuato, es responsable de la selección de las personas que solicitan los beneficios, apoyos o servicios y la selección aplicables al programa, identificación y localización e integración del padrón de personas beneficiarias del programa. Sentimiento: De conformidad con los artículos 19, fracciones I y II del Estado de Guanajuato, DIF Estatal no está obligado a recabar el costo de su derecho a la asistencia social y, en el caso de transferencias de datos con la finalidad que motivó el tratamiento de los datos personales: De acuerdo al artículo 12 del Reglamento de Transparencia, las personas podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación de la Información de Transparencia y Archivos del Poder Ejecutivo, acudiendo a la oficina de Atención al Ciudadano, con los teléfonos 473 73 51 500 ext. 2272, en un horario de 9:00 a 17:00 horas, o al correo electrónico \[atencion@guanajuato.gob.mx\]\(mailto:atencion@guanajuato.gob.mx\). Sitio donde podrá consultar el aviso de privacidad \[aquí\]\(#\). El aviso de privacidad podrá ser consultado en la página oficial del DIF Estatal en la siguiente dirección: \[www.guanajuato.gob.mx/dif2017/wordpress/\]\(http://www.guanajuato.gob.mx/dif2017/wordpress/\)](#)

---

Nomk

---

Firma, huella dig

**co. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos**




ta de decir la verdad, que no cuento


discapacidad física o mental?

niña, niño o adolescente?

de maltrato y quien ejerce ese

y 23 queda descartada para ser  
ulo 21 Numeral II de Reglas de

da?

nico

id

a mencionadas a continuación?

**Defensa o Marina**

**de Gastos Médicos Mayores**

PRIORIZAR

ALTO

MEDIO

BAJO

ajeta de asistencia social.

con fundamento en la Ley de Protección  
los establecidos en el programa.

**A EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA**

del tratamiento de los datos  
rvicios del programa, verificación  
ón de las personas beneficiarias  
na y seguimiento, supervisión,  
I y V, de la Ley de Protección de  
nsentimiento del titular para el  
ias, los datos serán utilizados  
ersonales. Mecanismos para que  
encia y Acceso a la Información  
i, cancelación y oposición al  
sus oficinas ubicadas en San  
o de lunes a viernes de 08:30 a  
o de privacidad integral: Si desea  
iente liga:



ore del solicitante

gital o nombre del solicitante

**en el programa.**

