



FORMATO DE SERVICIOS PARA EL BIENESTAR JUVENIL

Fecha de la solicitud:

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

<input type="text"/>				<input type="text"/>			
1.1 Nombre(s)				1.2 Apellido paterno			
<input type="text"/>			<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>		<input type="text" value="Nombre"/>		<input type="text"/>
1.3 Apellido materno			1.4 Fecha de nacimiento		1.5 Entidad de nacimiento		(clave)
<input type="text"/>			1.7 Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	1.8 Edad <input type="text"/>	años	1.9 Estado civil <input type="checkbox"/> Soltera (o) <input type="checkbox"/> Casada (o)	
1.6 CURP							
1.10 Documento de identificación							
<input type="checkbox"/>	Credencial para votar		Clave de elector		<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1.11 Teléfono fijo (10 dígitos)		1.12 Teléfono celular		1.13 Correo electrónico			

De conformidad con lo establecido en el apartado de Servicios, numeral 7.1.2. de las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social “Jóvenes con Bienestar”, solicito a usted la vinculación a la institución correspondiente para atender mi servicio por:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de movilidad | <input type="checkbox"/> Telemedicina | <input type="checkbox"/> Asistencia fitness |
| <input type="checkbox"/> Reembolso de gastos médicos por accidente | <input type="checkbox"/> Asistencia dental | <input type="checkbox"/> Promotora cultural |
| <input type="checkbox"/> Asistencia médica telefónica telemedicina | <input type="checkbox"/> Asistencia psicológica | <input type="checkbox"/> Club de descuentos |

Por lo anterior, declaro bajo protesta de decir verdad que soy persona beneficiaria activa del Programa de Desarrollo Social “Jóvenes con Bienestar” y que toda la información asentada en este documento es cierta.

Los datos personales recabados de las personas solicitantes y personas beneficiarias serán tratados en términos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios, y demás normatividad de la materia.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades conforme a lo que dispone la ley de la materia.

CE:229/04/25/24

Solicitante

Nombre y firma

Huellas digitales

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------