



FORMATO DE REGISTRO DE APOYO CON UNA SILLA DE RUEDAS

LLENAR CON TINTA AZUL

DATOS GENERALES DE LA PERSONA BENEFICIARIA:

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE(S) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: Hombre _____ Mujer _____ EDAD: _____

CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO DE LA PERSONA BENEFICIARIA:

CALLE _____ NÚMERO _____ CÓDIGO POSTAL _____

COLONIA _____ MUNICIPIO _____

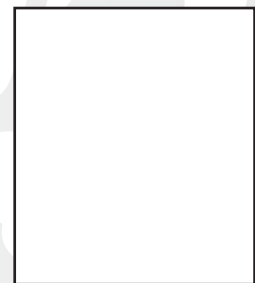
DATOS DE CONTACTO:

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DE LA PERSONA BENEFICIARIA



DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

- Identificación oficial vigente con fotografía
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Dictamen médico expedido por institución de salud pública
- Carta de petición para ser beneficiaria o beneficiario

"En términos de lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios, los datos descritos en este documento, así como sus anexos, no podrán ser divulgados, manipulados o utilizados en forma alguna, ni para cualquier otro fin ajeno a este apoyo".

"Este apoyo es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social"