



# 2025

## INSTANCIA EJECUTORA

**VERTIENTE:** ALIMENTACIÓN PARA EL BIENESTAR

Fecha :      DD      MM      AAAA

Folio: \_\_\_\_\_

## 1. DATOS DE LA SOLICITANTE

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>1.1 Nombre(s)</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.2 Apellido paterno</b>            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.3 Apellido materno</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DD MM AAAA  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>1.4 Fecha de nacimiento</b>                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.5 Entidad de nacimiento</b>       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.6 CURP</b>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 <input type="checkbox"/> Casada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>1.10 Documento de identificación</b>                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Credencial para votar                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Clave de elector: <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>1.13 Correo electrónico:</b> <input type="text"/>              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.11 Teléfono fijo 10 dígitos</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>1.12 Teléfono celular</b>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 2. REFERENCIA DOMICILIARIA

|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|
|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |
| <b>2.1</b> Calle              |  |  | <b>2.2</b> Núm. ext.                     |  |  | <b>2.3</b> Núm. int.      |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |
| <b>2.4</b> Colonia            |  |  | <b>2.5</b> Localidad                     |  |  | <b>2.6</b> Municipio      |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |
| <b>2.7</b> Entidad federativa |  |  | <b>2.8</b> Código postal                 |  |  | <b>2.9</b> Entre la calle |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |
| <b>2.10</b> Y la calle        |  |  | <b>2.11</b> Otra referencia domiciliaria |  |  |                           |  |  |
|                               |  |  |  |  |  |                           |  |  |

### 3. IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIAS DE LA SOLICITANTE

|  |  |  |             |  |                |  |   |  |  |  |   |     |                |      |  |                        |  |
|--|--|--|-------------|--|----------------|--|---|--|--|--|---|-----|----------------|------|--|------------------------|--|
| 3.1 El hogar se encuentra en:  |  |  | Zona urbana |  | Zona rural     |  | 3.2 ¿Cuenta con seguridad social? (Servicios médicos) |  |  |  | Sí  |     | No             |      |  |                        |  |
| 3.3 ¿A cuánto se ascienden los ingresos mensuales del hogar?   |  |  | Ninguna     |  | De \$1 a \$500 |  | De \$501 a \$1,000                                    |  | De \$1,001 a \$1,500                         |  | De \$1,501 a \$2,000                              |     | Más de \$2,000 |      |  |                        |  |
| 3.4 ¿Es beneficiaria de algún programa social de carácter federal, estatal o municipal?                                    |  |  | Sí          |  | ¿Cuál?         |  |   |  |  |  |   |     |                | No   |  |                        |  |
| 3.5 Parentesco de los dependientes económicos, respecto al jefe del hogar (especifique el número de personas en cada caso) |  |  | Cónyuge     |  | Hijas(os)      |  | Padres  |  | Hermanas(os)                                 |  | Sobrinas(os)                                      |     | Abuelas(os)    |      |  |                        |  |
|  |  |  | Nuera       |  | Yerno          |  | Suegra(o)   |  | Nietas(os)                                   |  | Sin parentesco                                    |     | Otro           |      |  |                        |  |
|  |  |  |             |  |                |  |   |  |  |  | ¿Cuál?  |     |                |      |  |                        |  |
| 3.6 La casa donde actualmente vive es:   |  |  | Propia      |  | Rentada        |  | Prestada  |  | La estoy pagando                             |  | Otra  |     |                |      |  |                        |  |
| 3.7 ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda, contando baños?  |  |  | Dos         |  | Tres           |  | Más de cuatro   |  | 3.8 Número de personas que viven en su casa: |  |   | Dos |                | Tres |  | Más de cuatro personas |  |
| 3.9 ¿De qué material es la mayor parte de las paredes, piso y techo de su vivienda?  |  |  | Piso:       |  | Tierra         |  | Cemento   |  | Materiales de desecho                        |  | 3.10 ¿Cuáles de estos servicios tiene en su casa? |     |                | Luz  |  | Drenaje                |  |
|  |  |  | Techo:      |  | Lámina         |  | Cemento   |  | Materiales de desecho                        |  |   |     |                | Agua |  | Gas                    |  |
|  |  |  | Paredes:    |  | Lámina         |  | Cemento   |  | Materiales de desecho                        |  |   |     |                |      |  |                        |  |
| 3.11 ¿Cuál es su grado máximo de estudios?   |  |  | Primaria    |  | Secundaria     |  | Preparatoria o bachillerato                           |  | Licenciatura                                 |  | Postgrado   |     | Otro ¿Cuál?    |      |  |                        |  |



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.



2025

## BENEFICIARIA

**MEDIO DE ENTREGA**

Fecha de Solicitud:

Folio :



Nombre y firma de la beneficiaria



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.

**2025****4. IDENTIFICACIÓN DE LA CARENCIA POR ACCESO A LA ALIMENTACIÓN DE LA SOLICITANTE**

- 4.1 ¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer? ☐ Sí ☐ No
- 4.2 En los últimos 3 meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez tuvieron que hacer algo que hubieran preferido no hacer para conseguir comida, tal como pedir limosna o mandar a los niños a trabajar? ☐ Sí ☐ No
- En los últimos 3 meses, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez el adulto...**
- 4.3 se quedó sin comida? ☐ Sí ☐ No
- 4.4 sintió hambre pero no comió? ☐ Sí ☐ No
- 4.5 tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? ☐ Sí ☐ No
- 4.6 dejó de desayunar, comer o cenar? ☐ Sí ☐ No
- 4.7 comió menos de lo que usted piensa que debía comer? ☐ Sí ☐ No
- 4.8 sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? ☐ Sí ☐ No

**5. CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DE LA SOLICITANTE**

- 5.1 ¿Se encuentra en alguna de las siguientes circunstancias?
- A) ¿Se reconoce como indígena? ☐ Sí ☐ No
- B) ¿Se reconoce como afromexicana? ☐ Sí ☐ No
- C) ¿Se reconoce como parte de la población LGBTQ+? ☐ Sí ☐ No
- D) ¿Tiene alguna enfermedad crónica degenerativa? ☐ Sí ☐ No
- E) ¿Tiene alguna discapacidad permanente? ☐ Sí ☐ No
- F) ¿Cuida personas con alguna discapacidad? ☐ Sí ☐ No
- G) ¿Ha sido víctima u ofendida de algún delito? ☐ Sí ☐ No
- H) ¿Es repatriada? ☐ Sí ☐ No

Por este medio, yo \_\_\_\_\_ solicito mi registro al **PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIAL "ALIMENTACIÓN PARA EL BIENESTAR", EJERCICIO FISCAL 2025**, con la finalidad de ser beneficiaria del mismo y mejorar mi bienestar, autorizo que se integre el expediente que me identifique como beneficiaria. Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información y documentación es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad, tengo pleno conocimiento que podrá ser motivo de que el apoyo se cancele aún cuando ya se haya asignado, y por consecuente se aplicarán las sanciones administrativas establecidas en el ordenamiento jurídico. **Al firmar la presente solicitud, manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociados al programa y me comprometo a cumplir con las responsabilidades que se deriven de la asignación del apoyo.**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.** Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos de este programa, información que atendiendo a su naturaleza, podrá transmitirse con fundamento en los artículos 4 fracción X, 18, 19, 20 párrafo tercero y cuarto, 25 inciso a), 29 y 32 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios; 2 fracción II, 3 fracción IX, 6, 21, 22, 23 fracción I, 24 fracción XIV y 143 fracción I de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios, con las finalidades señaladas en los citados artículos y previa justificación de la misma. La interesada podrá ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales en posesión de los sujetos obligados correspondientes. Por lo tanto, manifiesto que conozco el aviso de privacidad, consultable en la dirección electrónica: <https://bienestar.edomex.gob.mx/>, y otorgo mi consentimiento de manera libre, específica, informada, voluntaria e inequívoca para el tratamiento de mis datos personales y, en su caso, la transferencia de los mismos, conforme lo estipulado en la ley antes citada.

**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.**

**SOLICITANTE****SERVIDOR DEL PUEBLO****Nombre y firma****Nombre y firma**

Una vez analizada la información proporcionada por la solicitante se desprende que ☐ **SÍ** ☐ **No se encuentra en condición de pobreza.** Dictamen técnico núm. xxxxxxxxxxxxxx/xxx/xxxx

**Nota:**

El presente formato constituye el medio de entrega, el cual es personal e intrasferible, la beneficiaria deberá conservarlo en óptimas condiciones, según lo establecido en las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Social "Alimentación para el Bienestar", en su numeral 8.1.7 Obligaciones de las beneficiarias. El uso indebido del mismo será sancionado conforme a las reglas y cualquier disposición adicional determinada por la instancia normativa.