

ALIMENTACIÓN PARA EL <mark>BIENESTAR</mark> FORMATO ÚNICO DE BIENESTAR (FUB) INSTANCIA E IECUTODA

INSTRUCCIONES: capture correctamente sus	datos según corresponda	a; al finalizar, firme la solicit	ud de inscripción al pro		nta azul.	KA
Facher 00 UV	VERTIENTE: ALIM	ENTACIÓN PARA EL BIENESTA				
Fecha: DD MM AAAA			Folio:			
1. DATOS DE LA SOLICITANTE						
1.1 Nombre(s)		12 Apollic	do paterno		1.3 Apellido materno	
DD MM AAAA		1.2 Apeliic	Jo paterno		1.3 Apeliao matemo	
1.4 Fecha de nacimiento	1.5 Entidad de	nacimiento	(clave)		1.6 CURP	
1.7 Sexo: H M	1.8 Edad:	años		1.9 Estado civil:	Soltera Casada	
1.10 Documento de identificación						
Credencial para votar	Clave de elector:					
Otro (especifique):						
1.13 Correo electrónico:			1.11 Teléfo	no fijo 10 dígitos	1.12 Teléfono celular	
2. REFERENCIA DOMICILIARIA			'		5 '	
	9.1 C-II-			Line and the	271/60 int	
	2.1 Calle		2.2 F	Núm. ext.	2.3 Núm. int.	
2.4 Colonia		2.5 Localidad	(clave)		2.6 Municipio (cla	ave)
214 601011111		2.5 Edediidad	(clave)	7	Zio i idilicipio (cic	avey
2.7 Entidad federativa	(clave)	2.8 Código posta	al		2.9 Entre la calle	
2.10 Y la c		1	/ \	2.11 Otra referencia do	omiciliaria	
3. IDENTIFICACIÓN DE TIPOS DE CARENCIA						
3.1 El hogar se encuentra en:	Zona urbana	Zona rural	3.2 ¿Cuenta d	con seguridad social? (Servi	icios médicos)	No
3.3 ¿A cuánto 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 munici	pal?	Sí ¿Cuál?				No
3.5 Parentesco de los dependientes económic	cos, Có	inyuge Hijas(os)	Padres	Hermanas(os)	Sobrinas(os) Abuelas(os))
respecto al jefe del hogar (especifique el n personas en cada caso)		uera Yerno	Suegra(o)	Nietas(os)	Sin parentesco Otro	
					¿Cuál?	
3.6 La casa donde actualmente vive es:	Prop	pia Rentada	Prestada	La estoy pagando	Otra	
3.7 ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda, contando baños?	Dos Tres	Más de cuatro	3.8 Número de viven en su		Tres Más de cuatro personas	
3.9 ¿De qué material es la mayor parte Piso:	Tierra	emento Materiales de	e desectio	áles de estos	Luz Drenaje	
de las paredes, piso y techo de su vivienda? Techo); Lámina C	emento Materiales de	I	vicios tiene en su casa?	Agua Gas	
Pared	les: Lámina C	emento Materiales de	e desecno			
3.11 ¿Cuál es su grado máximo de estudios?	Primaria S	ecundaria Preparatoria	o bachillerato Li	cenciatura	Otro ¿Cuál?	
\ *}(<>)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)(<)	EST	ESTADO ADO DE	BIEN	ESTAR 🐠)(\(\)(\(\)(\(\))(\(\))(\(\))(\(\))(\(\))	} {<>}{<
	ME	EXICO El poder de se	CECDETADÍA DE D	IENESTAR		
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Qued	da prohibido su uso para fines distinto	s al desarrollo social. Quien haga uso inde	ebido de los recursos de este prog	rama deberá ser denunciado y sanciona	ado ante las autoridades conforme a lo que dispone la ley de la	materia.
ALIMENTACI	ÓN		ODMATO	LÍNICO DE	BIENESTAR (FU	ID)
ALIMENTACION PARA EL BIENEST	AR	F	JRMATU	ONICO DE	BIENESTAR (FU	(סי

2025

BENEFICIARIA

MEDIO DE ENTREGA				
	Fecha de solicitud:	DD	MM	AAAA
	Folio :			



Nombre y firma de la beneficiaria











FORMATO ÚNICO DE BIENESTAR (FUB)

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	Sí	No
4.3 se quedó sin comida?	51	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 solo 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?	Sí	N _a
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 crónico degenerativa?		
E) ¿Tiene alguna discapacidad permanente?		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 BIENESTAR", EJERCICIO FISCAL 2025, con la finalidad de ser beneficiaria del mismo y mejorar mi bienestar, autorizo que se integre el expediente que me Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información y documentación es veridica, por lo que, en caso de existir falsedad, tengo pleno conocimiento que po se cancele aún cuando ya se haya asignado, y por consecuente se aplicarán las sanciones administrativas establecidas en el ordenamiento jurídico. Al firmar la conocer los derechos y obligaciones asociados al programa y me comprometo a cumplir con las responsabilidades que se deriven de la asignación del apor CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la bas información que, atendiendo a su naturaleza, podrá transmitirse con fundamento en los artículos 4 fracción X, 18, 19, 20 párrafos tercero y cuarto, 25 inciso a), 2 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 IX 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 ejecutar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales en posesión de los sujetos obligados correspondientes. Por lo el aviso de privacidad, consultable en la dirección electrónica: https://bienestar.edomex.gob.mx/ y otorgo mi consentimiento de manera libre, específica, inforpara 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 SO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO ANTE LAS AUTORIDADES CONFORME A LO QUE DISPO	identifique como ben drá ser motivo de que presente solicitud, ma lyo. se de datos de este presente solicitud, ma lyo. se de datos de este presente solicitud, ma lyo. se de datos de este presente la Ley de Provincia de la ela misma. La interesació tanto, manifiesto que irmada, voluntaria e ine	neficiaria. el apoyo anifiesto rograma, rotección a Ley de da podrá conozco equívoca
Nombre y firma Nombre y fir	ma	
Una vez analizada la información proporcionada por la solicitante se desprende que Sí No se encuentra en condición de pobreza.	CE:229/0)4/04/25

Nota

El presente formato constituye el medio de entrega, el cual es personal e intransferible; 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.