

¿USTED HA SIDO BENEFICIARIA DEL PROGRAMA TARJETA VIOLETA EN AÑOS ANTERIORES?

☐ NO
 ☐ SÍ

FORMATO DE SOLICITUD

FOLIO ÚNICO:

1. DATOS DE LA SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO DÍA/MES/AÑO

CURP

DOMICILIO ACTUAL: CALLE

NÚMERO

COLONIA

MUNICIPIO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CELULAR *OBLIGATORIO

OTRO TELÉFONO

REGIÓN DEL ESTADO DONDE SE UBICA SU DOMICILIO

☐ NORTE
 ☐ COSTA CHICA
 ☐ CENTRO

☐ MONTAÑA
 ☐ TIERRA CALIENTE
 ☐ ACAPULCO
 ☐ COSTA GRANDE
 ☐ SIERRA

¿PERTENECE A UNA COMUNIDAD INDÍGENA?

☐ NO
 ☐ SÍ
 ¿CUÁL?

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

☐ NO
 ☐ SÍ
 ¿CUÁL?

☐ ME'PHAA (TLAPANECO)
 ☐ TU'UN SAVI (MIXTECO)
 ☐ NOMNDAA (AMUZGO)
 ☐ NÁHUATL
 ☐ NINGUNA
 ☐ OTRA:

¿PERTENECE A UNA COMUNIDAD AFROMEXICANA?

☐ SÍ
 ☐ NO

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD?

☐ SÍ
 ☐ NO
 ¿CUÁL?

2. DATOS SOCIOECONÓMICOS

ESTADO CIVIL

☐ SOLTERA
 ☐ CASADA
 ☐ DIVORCIADA
 ☐ UNIÓN LIBRE
 ☐ VIUDA
 ☐ OTRO:

SALUD

¿CON QUÉ SERVICIO DE SALUD CUENTA?

☐ IMSS
 ☐ IMSS - BIENESTAR
 ☐ ISSSTE
 ☐ OTRO:

ESCOLARIDAD

MARCAR ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS (SOLAMENTE UNA OPCIÓN)

☐ PRIMARIA TRUNCA
 ☐ SECUNDARIA TRUNCA
 ☐ BACHILLERATO TRUNCO
 ☐ LICENCIATURA TRUNCA
 ☐ NINGUNA

☐ PRIMARIA TERMINADA
 ☐ SECUNDARIA TERMINADA
 ☐ BACHILLERATO TERMINADO
 ☐ LICENCIATURA TERMINADA
 ☐ OTRO:

INTEGRANTES DE SU HOGAR

¿CUÁNTOS HIJAS/HIJOS TIENE?

¿ALGUNA DE SUS HIJAS/HIJOS TIENE UNA DISCAPACIDAD?

¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE USTED?

INGRESO MENSUAL: \$

¿USTED TRABAJA?

☐ NO
 ☐ SÍ
 SI LA RESPUESTA ES SÍ: EN DÓNDE Y QUÉ FUNCIÓN DESEMPEÑA

SI LA RESPUESTA ES NO, ¿LE GUSTARÍA TRABAJAR?

3. SITUACIÓN ACTUAL DE SU VIVIENDA

¿CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN LA VIVIENDA?

LA VIVIENDA QUE HABITA ES

☐ PROPIA
 ☐ RENTADA
 ☐ PRESTADA
 ☐ FAMILIAR
 ☐ OTRA:

TECHO

☐ LÁMINA DE CARTÓN
 ☐ LÁMINA GALVANIZADA
 ☐ MADERA
 ☐ LÁMINA DE ASBESTO
 ☐ CONCRETO
 ☐ OTRO:

CÓMO TIENE ACCESO A AGUA POTABLE

☐ TUBERÍA
 ☐ PIPA
 ☐ POSO O LLAVE PÚBLICA
 ☐ NO TENGO ACCESO A AGUA
 ☐ OTRO:

PISO

☐ CONCRETO
 ☐ MADERA
 ☐ TIERRA
 ☐ LOSETA
 ☐ OTRO:

PAREDES

☐ CONCRETO
 ☐ MADERA
 ☐ LÁMINA
 ☐ OTRO:

SERVICIO DE DRENAJE SANITARIO

☐ LETRINA
 ☐ AIRE LIBRE
 ☐ DRENAJE PÚBLICO
 ☐ FOSA SÉPTICA
 ☐ OTRA:

¿CUENTA CON SERVICIO DE LUZ ELÉCTRICA?

☐ SÍ
 ☐ NO

¿CUENTA CON SERVICIO DE INTERNET

☐ SÍ
 ☐ NO

¿TIENE TV DE PAGA?

☐ SÍ
 ☐ NO

4. DATOS DEL PROGRAMA

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE APOYO

5. GRUPO DE ATENCIÓN PRIORITARIA AL QUE PERTENECE

- ☐ PERSONA JEFA DE FAMILIA
- ☐ PERSONA CON DISCAPACIDAD
- ☐ MUJER CON ENFERMEDAD CRÓNICA
- ☐ PERSONA ADULTA MAYOR
- ☐ PERSONA EN SITUACIÓN VULNERABLE
- ☐ PERSONA DE ORIGEN INDÍGENA
- ☐ PERSONA MIGRANTE
- ☐ PERSONA AFROMEXICANA
- ☐ PERSONA DE LA COMUNIDAD LGBTQ+
- ☐ PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE
- ☐ PERSONA EN SITUACIÓN DE ADICCIONES
- ☐ PERSONA ESTUDIANTE

6. DECLARACIÓN BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

LA PERSONA SUSCRITA EN ESTE ACTO DE MANIFIESTO, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN PRESENTADA ES CIERTA, EMITIDA POR LA DEPENDENCIA COMPETENTE, LA CUAL ME IDENTIFICA ANTE LA SBGRO Y QUE ME ACREDITA COMO SOLICITANTE. LOS RECURSOS OBTENIDOS SERÁN UTILIZADOS POR MI PERSONA PARA EL PROPÓSITO QUE FUERON TRAMITADOS , QUE NO HARÉ USO INDEBIDO DEL MISMO, NO LOS ENAJENARÉ, NI OBTENDRÉ LUCRO DE ELLOS, QUE CONOZCO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES, ASÍ COMO TENGO CONOCIMIENTO QUE, DE INCUMPLIR EN ALGUNOS DE LOS REQUISITOS DE LA LEY, ME HARÁ SUJETA A CAUSAL DE BAJA, COMO PERSONA BENEFICIARIA DEL APOYO SOLICITADO, SIN RESPONSABILIDAD PARA LA SECRETARÍA, QUE CONOZCO Y PUEDO SER SUJETA DE SANCIONES Y PENAS ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 69 DE LA LEY NÚMERO 465 DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS PARA EL ESTADO DE GUERRERO Y ARTÍCULO 259 DEL CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE GUERRERO, NÚMERO 499. ASIMISMO, MANIFIESTO NO SER PERSONA SERVIDORA PÚBLICA DEL GOBIERNO FEDERAL, ESTATAL, DESCENTRALIZADOS Y MUNICIPALES, O QUE MI SALARIO PROVENGA DE RECURSOS PÚBLICOS O EN LOS QUE SE TENGA ALGÚN INTERÉS PERSONAL, FAMILIAR O DE NEGOCIOS, DEL MISMO MODO ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE AL SOLICITAR EL INGRESO AL PROGRAMA NO SE CREA NINGUNA RELACIÓN LABORAL, ENTRE LA PERSONA SUSCRITA Y LA SECRETARÍA. 1. AUTORIZO EXPRESAMENTE AL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO PARA QUE, DE TRATAMIENTO A MIS DATOS PERSONALES, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY NÚMERO 207 DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE GUERRERO Y DE LA LEY NÚMERO 466 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE GUERRERO, EN LOS ARTÍCULOS 8,9,10,12 Y 13; ASIMISMO, QUE EN ESTE ACTO SE HACE DE MI CONOCIMIENTO QUE ESTOY EN POSIBILIDAD DE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN EL SITIO: https://transparencia.guerrero.gob.mx/wp-content/uploads/2026/01/AVISO-DE-PRIVACIDAD-TARJETA-VIOLETA_2026-1.pdf 2. LOS PROGRAMAS DE APOYO DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE GUERRERO SON PÚBLICOS, AJENOS A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO SU USO Y DIFUSIÓN PARA FINES DISTINTOS AL BIENESTAR SOCIAL.

SOLICITANTE

NOMBRE, FIRMA Y/O HUELLA

7. FIRMAS

PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE REVISÓ EL FORMATO

NOMBRE Y FIRMA

8. NOTAS U OBSERVACIONES DEL ANALISTA