



BIENESTAR/FJ/CJ-01

Todos los campos de información que se solicitan en el formato de solicitud BIENESTAR/FJ/CJ-01, son obligatorios y deberán ser proporcionados con veracidad, claridad y legibilidad para poder acceder al Programa Formación Jaguar del Proyecto "COMPUTADORA JAGUAR"

I.- *DATOS DE IDENTIFICACIÓN

*Nombre (s)						*Primer Apellido						*Segundo Apellido					
*Edad	Hombre	Mujer	(dd)	(mm)	(aa)	*CURP											
	*Sexo		*Fecha de Nacimiento			*¿Pertenece a una comunidad Indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> * ¿A cuál? _____ *¿Hablas alguna lengua Indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> * ¿Cuál? _____											
*¿Cuentas con alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			*¿De qué tipo? _____														
*Estado de Nacimiento			*Municipio de Nacimiento			*Localidad de Nacimiento			*Estado Civil								
IMSS	ISSSTE	INSABI	Seguro Facultativo	Ninguno	Otros Servicios (Especifique)												
¿Qué tipo de servicio de salud tiene?																	

1.- *Domicilio Actual: (Debe coincidir con su comprobante de domicilio).

Calle (Especificar si es andador, privada u otro, si es el caso)*						Núm. Ext.	Núm. Int.	Mza.	Lote		
Colonia o Fraccionamiento			Localidad			Municipio			Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa			Núm. Celular (personal)			Núm. Celular (persona de tu confianza)					
(*) Correo Electrónico Personal						(*) Correo Electrónico Adicional					
(*) ¿Tiempo de residir en tu Domicilio actual?			(*) ¿Tiempo de residir en el Estado de Campeche?			(*) Escribe si tu residencia en este Domicilio, es Permanente o solo durante tú formación educativa?					



II.- *DATOS ESCOLARES

Nivel Educativo:		Media Superior:	<input type="text"/>	Superior:	<input type="text"/>	Otro: <input type="text"/>
Escuela (Nombre de la Institución Educativa, Completo y sin abreviatura)						
Plantel (Especificar el No. asignado, nombre, facultad, extensión o módulo según sea el caso)						
Municipio		Localidad			Semestre que cursa actualmente.	
Ubicación de la escuela						
Matricula		Especialidad, licenciatura, ingeniería, etc. Según sea el caso.				Grupo
Turno	Matutino	<input type="text"/>	Vespertino	<input type="text"/>		

III.- *INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

¿Cuántas personas habitan el hogar?:

¿Cuántos Adultos Mayores de 60 años o más habitan el hogar?:

Dentro de las personas que habitan el hogar, ¿existe alguna persona con Discapacidad o Trastorno de Personalidad Psicológica (TPP) que impida su movilidad o exija atención constante?:

¿De qué tipo?: La persona con discapacidad o TPP, ¿qué edad tiene?:

De las Personas que habitan el hogar, ¿alguna recibe un apoyo de un programa Social?: Si: No:

Nombre los programas que reciben:

Integración familiar (anote a todos los que habitan en la vivienda, incluyéndote como solicitante).

¿Qué parentesco tiene el solicitante con la persona que sostiene el hogar?	Tutor	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Marque con X sobre el recuadro que elija.								

Parentesco con el solicitante	Edad (años)	Estado Civil	Último grado de estudio Cursado o grado que está cursando.	Ocupación	Lugar donde Trabaja o Estudia	Aportan al Ingreso Mensual
Otros Ingresos \$						
Total de Ingresos \$						

"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".



¿Realizas alguna actividad comercial? (Especificar)

4.- ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (Describalas).

¿Realizas alguna actividad extracurricular?: Si _____ No _____

Deportivas: _____ Cultural: _____ Social: _____

Cívicas: _____ Otras: _____

Actividades sociales en agrupaciones formalmente constituidas (describe la actividad y agrupación social o civil a que pertenece)

Autorizo a la Secretaría de Bienestar para que los datos personales recabados en el presente formato de solicitud, sean usados, incorporados, tratados, conservados y protegidos en el Sistema de Datos Personales en su Proyecto "COMPUTADORA JAGUAR" del Programa Formación Jaguar de la Secretaría de Bienestar, mismos que tendrán una vigencia en los términos establecidos en las leyes vigentes aplicables y que no podrán ser difundidas sin el consentimiento de su titular o utilizados para otros fines.

Si autorizo.

No autorizo.

San Francisco de Campeche, Camp., a ____ de _____ de 2024.

Nombre y Firma del Solicitante

Aviso de Privacidad simplificado de la base de datos personales del Programa Formación Jaguar, Proyecto: Computadora Jaguar

La Secretaría de Bienestar de la Administración Pública del Estado de Campeche es el responsable del uso, tratamiento y protección de los datos personales que nos proporcione, conforme a lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales serán utilizados, sin que requieran su consentimiento expreso, con las finalidades siguientes:

- Para validación y registro de datos, integración de expedientes para la selección y posible asignación y entrega de apoyos, ejecución de acciones, así como la gestión y comprobación de recursos, elaboración de padrones y su participación en el Programa Formación Jaguar en su Proyecto "Computadora Jaguar".
- Para identificar que los solicitantes del Proyecto "Computadora Jaguar", cumplan con los requisitos establecidos en las Reglas de Operación vigentes.
- Para su uso estadístico y de evaluación.

Por otro lado, cuando se requiera su consentimiento o autorización por escrito al obtener datos sensibles del Titular o a quien corresponda su representación legal, se recabará en términos de las Reglas de Operación correspondiente. Se solicita su consentimiento tácito por finalidades distintas a los mencionados en este aviso que serán notificadas al titular mediante nuevo aviso de privacidad.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estas finalidades, usted puede manifestarlo mediante escrito libre o mediante una solicitud de datos personales que podrá realizar en la Plataforma Nacional de Transparencia en el siguiente link <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>, o bien, ante la Unidad de Transparencia adscrita a la Secretaría de Bienestar, ubicada en Avenida Pedro Sainz de Baranda, sin número, por calle 51, Edificio Plaza del Mar, Colonia Centro, San Francisco de Campeche, Campeche, C.P. 24000, en la ciudad de San Francisco de Campeche, Municipio y Estado de Campeche, Teléfono (981) 81-1-93-60, presentando identificación oficial, en el horario de 09:00 am a 17:00 pm, de lunes a viernes en días hábiles, para obtener los formatos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como la Revocación del Consentimiento.

Se podrán transferir sus datos personales, en su caso a la Dirección de Evaluación, Información y Seguimiento, quien requiere la información para la integración del Padrón Único de Personas Beneficiadas o con fines estadísticos, la Coordinación Administrativa para efecto de tramites de pago, todas integrantes de la estructura orgánica y funcional de la Secretaría de Bienestar o a las autoridades competentes cuando así lo requieran de manera fundada y motivada, con la finalidad de dar cumplimiento a sus atribuciones y obligaciones.

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral de manera física en las oficinas que ocupa la Dirección de Desarrollo para el Bienestar de la Secretaría de Bienestar o en la siguiente dirección electrónica www.transparencia.bienestar.campeche.gob.mx.

"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".