

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA SOCIAL “CUIDANDO CONTIGO.
BECA ROSARIO CASTELLANOS”.**

SISTEMA MUNICIPAL DE CUIDADOS

FECHA DE ENTREGA: ____/____/____.

FOLIO: CSMC/CC-BRC/_____/2026

a) DATOS GENERALES DE LA PERSONA CUIDADORA

NOMBRE COMPLETO: _____

DOMICILIO:

Calle: _____ Núm. exterior: ____ Núm. interior: ____

Entre calles: _____ y _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Municipio: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Edad: ____

GÉNERO: F M

TELÉFONO PARTICULAR: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

ÚLTIMO GRADO ESCOLAR: *Seleccionar con una X una sola opción.*

SIN ESTUDIOS FORMALES	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	LICENCIATURA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Actualmente padece alguna enfermedad o discapacidad?

SÍ

NO

Especifique:

2. Actualmente, ¿a qué institución de seguridad social está afiliada/o o inscrita/o para recibir atención médica?

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

IMSS	ISSSTE	IMSS- BIENESTAR	PEMEX	ISSFAM	PARTICULAR	NINGUNA

b) DATOS GENERALES DE PERSONA DEPENDIENTE DE CUIDADOS

NOMBRE COMPLETO: _____

DOMICILIO:

Calle: _____ Núm. exterior: _____ Núm. interior: _____

Entre calles: _____ y _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Municipio: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad: _____

GÉNERO: F M

TIPO DE PADECIMIENTO:

1. Actualmente, ¿a qué institución de seguridad social está afiliada/o o inscrita/o para recibir atención médica?

IMSS	ISSSTE	ISSEMyM	IMSS- BIENESTAR	PEMEX	ISSFAM	PARTICULAR	NINGUNA

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

c) ESPECIFICACIONES DE CUIDADO

1. Razones por las que se hace cargo de las labores de cuidado:

2. Tiempo por el que ha desarrollado estas labores: _____

3. ¿Comparte la actividad de cuidados con alguna otra persona?

SÍ

NO

Especifique con quién: _____

4. ¿Brinda cuidados a más de una persona?

SÍ

NO

Especifique a cuántas más: _____

d) DATOS GENERALES DE LA SEGUNDA PERSONA DEPENDIENTE DE CUIDADOS

NOMBRE COMPLETO: _____

DOMICILIO:

Calle: _____ Núm. exterior: ____ Núm. interior: ____

Entre calles: _____ y _____

Colonia: _____ Código Postal: _____

Municipio: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Día: ____ Mes: ____ Año: ____ Edad: ____

GÉNERO: F M

TIPO DE PADECIMIENTO:

1. Actualmente, ¿a qué institución de seguridad social está afiliada/o o inscrita/o para recibir atención médica?

IMSS	ISSSTE	ISSEMyM	IMSS- BIENESTAR	PEMEX	ISSFAM	PARTICULAR	NINGUNA

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

***En caso de llenar el apartado anterior, se integrarán los documentos de la persona dependiente número 2.**

e) SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y FAMILIAR

1. ¿Desarrolla alguna actividad remunerada?

SÍ	NO
----	----

Especifique:

2. ¿Tiene algún tipo de apoyo económico adicional?

SÍ	NO
----	----

Especifique:

3. ¿A cuánto asciende los ingresos totales del hogar? _____

***Considerar la suma de los ingresos mensuales que reciben todas las personas ocupadas del hogar por el trabajo que realizan, más la suma de los ingresos mensuales que reciben todas las personas del hogar por fuentes diferentes al trabajo (becas, apoyos, pensiones).**

4. ¿Se considera persona jefe (a) del hogar?

SÍ	NO
----	----

5. ¿Cuántas personas integran el núcleo familiar y habitan en el domicilio? _____

***Considerar a todas las personas, incluyendo menores de edad, que residen el hogar.**

INTEGRACIÓN FAMILIAR					
#	Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación
1					
2					
3					

"2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México".

INTEGRACIÓN FAMILIAR					
#	Nombre	Parentesco	Edad	Estado civil	Ocupación
4					
5					
6					

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA <i>Instrucciones: Seleccionar con una X una sola opción</i>		SERVICIOS EN LA VIVIENDA <i>Instrucciones: Seleccionar con una X los servicios con los que cuenta en su vivienda</i>	
Propia y está pagada		Agua	
Propia y la está pagando		Luz eléctrica	
Propia y está hipotecada		Gas	
Prestada o la está cuidando		Drenaje	
Rentada o alquilada		Telecomunicaciones (teléfono, internet y televisión de paga)	
Otro (describa)		Recolección de basura	

f) Documentación entregada:

Documento	Sí	No	Observaciones
De la persona cuidadora			
Original del formato de solicitud de incorporación al programa debidamente llenado.			
Identificación oficial vigente con fotografía (credencial para votar, expedida por el INE vigente, Cédula Profesional, Pasaporte o Cartilla de Servicio Militar).			
Clave Única del Registro de Población (CURP) de la persona solicitante.			

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

Documento	Sí	No	Observaciones
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de presentación (boleta predial o agua, recibo telefónico y/o internet, recibo de luz, contrato de arrendamiento).			
Carta bajo protesta de decir verdad que la documentación e información presentada por la persona solicitante es verídica, ya que, en caso de existir falsedad se suspenderá el programa.			
De la persona dependiente			
Identificación oficial vigente con fotografía (credencial para votar, expedida por el INE vigente, Cédula Profesional, Pasaporte, Cartilla de Servicio Militar y/o Credencial de INAPAM), si la persona dependiente es menor de edad, se deberá presentar el acta de nacimiento.			
Clave Única del Registro de Población (CURP) de la persona dependiente.			
Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses a la fecha de presentación (boleta predial o agua, recibo telefónico y/o internet, recibo de luz, contrato de arrendamiento).			
Certificado Médico de Discapacidad o Constancia Médica expedida por una instancia pública en donde se determine el diagnóstico médico de la persona dependiente.			

“2026. Año del Humanismo Mexicano en el Estado de México”.

Al firmar este documento, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la documentación e información presentada es verídica y auténtica, que cumpla con los requisitos establecidos en la Beca Cuidando contigo Rosario Castellanos y que los hechos que narro son ciertos y me constan personalmente.

Nombre completo y firma

El trámite de registro es gratuito y no significa necesariamente su incorporación al Programa Social “Cuidando contigo. Beca Rosario Castellanos”. Cualquier solicitud con información socioeconómica falsa no será considerada para recibir los apoyos relacionados al Programa Social.

El Programa Social “Cuidando contigo. Beca Rosario Castellanos” es público, ajeno a cualquier partido político. Por lo que queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa”.

Los datos personales recabados serán utilizados con las finalidades siguientes: validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad para ser beneficiaria de este Programa, asimismo serán integrados en los sistemas de datos personales y padrones de beneficiarios del Programa Social “Cuidando Contigo, Beca Rosario Castellanos” conforme al aviso de privacidad, disponible en:

<https://www.diftlalnepantla.gob.mx/index.php/transparencia/avisos-de-privacidad>

Los datos personales serán protegidos de conformidad con lo establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios. En todo momento la persona beneficiaria del Programa podrá ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO).

Nombre completo de la persona encuestadora:

Cargo:

Área de adscripción:

Firma: