



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DEL MUNICIPIO DE ELOTA**

**PROGRAMA
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

REQUISITOS PARA SOLICITAR LA CREDENCIAL DEL INAPAM

- 1. ACUDIR A LAS OFICINAS DEL INAPAM, QUE SE ENCUENTRAN UBICADA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE CASA DEL ABUELO.**
- 2. LLEVAR CONSIGO Y ENTREGAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:**
 - **3 COPIAS DE CREDENCIAL DE ELECTOR A COLOR**
 - **3 COPIAS DE COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE.**
 - **3 COPIAS DE LA CURP**
 - **3 FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.**
 - **Datos de un familiar (domicilio y número telefónico) a quien se avisaría en caso de un accidente.**
- 3. LLENADO DE SOLICITUD DE AFILIACION Y FIRMA DE CONFORMIDAD.**
- 4. EL TRAMITE Y EL APOYO ES TOTALMENTE GRATUITO.**

**ATENTAMENTE
PROGRAMA INAPAM**



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO Y OPERACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FO-DFOPP-03-02

Fecha de elaboración: ____/____/____
dd mm aaaa

H M
Sexo

Folio de la Tarjeta

NVA. REPO.
Expedición

Datos de la persona mayor

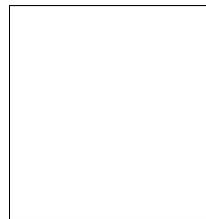
Tal como aparece en el documento probatorio

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
dd mm aaaa



(fotografía)

CURP: _____

Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____ Calle y número C.P. _____

Colonia: _____ Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES
DIRECCIÓN DE FORTALECIMIENTO Y OPERACIÓN DE POLÍTICAS
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FO-DFOPP-03-02

Fecha de elaboración: ____/____/____
dd mm aaaa

H M
Sexo

Folio de la Tarjeta

NVA. REPO.
Expedición

Datos de la persona mayor

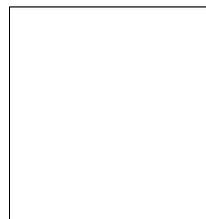
Tal como aparece en el documento probatorio

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
dd mm aaaa



(Fotografía)

CURP: _____

Estado Civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____ Calle y número C.P. _____

Colonia: _____ Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



Para afiliación presento:

	Marca X	Folio
INE	<input checked="" type="checkbox"/>	
Licencia de manejo	<input type="checkbox"/>	
Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/>	
Cartilla Militar	<input type="checkbox"/>	
Cédula Profesional	<input type="checkbox"/>	
Credencial /Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX)	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad, señalo que los documentos exhibidos en el trámite de afiliación para obtener la credencial INAPAM son legítimos y expedidos a mi favor por las autoridades correspondientes. En caso contrario me haré acreedor a las sanciones señalada en el artículo 243 del Código Penal Federal

_____ firma de conformidad (persona mayor)

(solo en caso de nombrar representante)

_____ Firma de conformidad (representante)

_____ Parentesco de la persona mayor

Módulo de Atención: _____

_____ Nombre completo y firma del Servidor Público que realizó la afiliación

Bajo protesta de decir verdad que corroboré los documentos exhibidos para comprobar identidad, edad, domicilio y firma de la persona mayor solicitante y en su caso identidad y escrito o carta poder del representante



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



Para afiliación presento:

Documento de identidad

	Marca X	Folio
INE	<input type="checkbox"/>	
Licencia de manejo	<input type="checkbox"/>	
Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/>	
Cartilla Militar	<input type="checkbox"/>	
Cédula Profesional	<input type="checkbox"/>	
Credencial /Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX)	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad, señalo que los documentos exhibidos en el trámite de afiliación para obtener la credencial INAPAM son legítimos y expedidos a mi favor por las autoridades correspondientes. En caso contrario se me haré acreedor a las sanciones señalada en el artículo 243 del Código Penal Federal

_____ firma de conformidad (persona mayor)

(solo en caso de nombrar representante)

_____ Firma de conformidad (representante)

_____ Parentesco de la persona mayor

Módulo de Atención: _____

_____ Nombre completo y firma del Servidor Público que realizó la afiliación

Bajo protesta de decir verdad que corroboré los documentos exhibidos para comprobar identidad, edad, domicilio y firma de la persona mayor solicitante y en su caso identidad y escrito o carta poder del representante



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha de elaboración: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa

H	M
---	---

Sexo

Datos del Solicitante

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa

Lugar de Nacimiento: _____

CURP: _____

Estado Civil: Soltero Casado

Domicilio: _____
Calle y Número

Colonia: _____

Entidad Federativa: _____

Contacto en caso de Emergencia: _____
Nombre



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico c Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad , declaro que la información asentada en el presente docu

Firma de conformidad

Módulo: _____

Revisó documentos: _____

Elaboró: _____

Responsable de Captura: _____



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico c Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad , declaro que los datos registrados en la presente solicitud

Firma de conformidad

Módulo: _____

Revisó documentos: _____

Elaboró: _____

Responsable de Captura: _____



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

LIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

Folio de la Tarjeta

NVA.

REPO.

Expedición

--

acimiento: _____

No. Telefónico: _____

C.P.

_____ Alcaldía o Municipio: _____

_____ No. Telefónico : _____





fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de
del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información

mento, es cierta y verdadera.

Fecha de captura: _____



fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de
del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información

l son verdaderos

Fecha de captura:
