



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

### **PROGRAMA INAPAM**

#### **REQUISITOS PARA INGRESAR AL PROGRAMA**

- 1. PARA EL REGISTRO ACUDIR A LAS INSTALACIONES DE LA CASA DEL ABUELO, A LAS OFICINAS DEL INAPAM O BIEN AL CLUB, AL QUE PERTENECE EN SU COMUNIDAD.**

**AL INGRESAR UN ADULTO MAYOR DEBE LLEVAR CONSIGO:**

- Credencial del INAPAM (1 copias).**
  - Fotografía reciente tamaño infantil**
  - CURP (1 copias).**
  - Certificado Médico expedido por cualquier médico familiar o bien por el médico del Sistema DIF Elota, no mayor a 3 meses (Original).**
- 2. LA COORDINADORA DARA A CONOCER DE MANERA GENERAL LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DENTRO DEL CLUB, UNA VEZ INFORMADOS,**
  - 3. LLENAR Y FIRMAR LA FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**
  - 4. EL TRAMITE Y EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO.**

**ATENTAMENTE**

**COORDINADORA DEL PROGRAMA INAPAM**

## **Clubes de Personas Adultas Mayores**

### **Guía de Criterios y Requisitos para el Ingreso de Personas Adultas Mayores a un Club**

#### **GUI-DFOPP-02-05**

La Persona Adulta Mayor que solicite ingresar a un club deberá cubrir los siguientes criterios:

- Ser una persona adulta mayor con sesenta años o más de edad, residente, domiciliada o en tránsito del territorio nacional<sup>1</sup>
- Ser una persona con capacidades funcionales que le permitan realizar de forma autónoma las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria
- Solicitar ingresar al Club de su preferencia

Así mismo deberá entregar la siguiente documentación:

- Fotografía reciente tamaño infantil
- Fotocopia de la Credencial del INAPAM
- Clave Única de Registro de Población (CURP)
- Llenar y firmar la Ficha de Identificación (FO-DFOPP-02-06)
- Certificado Médico: En el caso de las personas adultas mayores que participen en actividades físicas, el certificado deberá especificar que se encuentran aptas para realizar actividad física de acuerdo con su edad. Este documento se solicitará una vez al año, mientras se mantenga su participación en la actividad.

---

<sup>1</sup> De conformidad con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicado en el DOF el 25 de junio de 2002 y su última reforma del 14 de junio de 2024, en el artículo 3° fracción I.



**Bienestar**  
Secretaría de Bienestar



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

**Dirección de Fortalecimiento y Operación de Políticas Públicas**  
**Subdirección de Vinculación, Coordinación y Concertación**  
**Departamento de Vinculación Estatal**  
**Clubes de Personas Adultas Mayores**

**Ficha de Identificación**  
**FO-DFOPP-02-06**

FOTO

**Club:**

**Fecha de ingreso:**  **Fecha de aplicación:**

**CURP:**  **No. INAPAM:**

**Elaboró:**

**1. DATOS PERSONALES\***

**Nombre:**   
Apellido 1                      Apellido 2                      Nombre (s)

**Fecha de nacimiento:**    **Sexo:** ☐ M ☐ H  
DD                      MM                      AAAA                      Mujer - Hombre

**Estado Civil:** ☐ Persona Soltera ☐ Persona Casada ☐ Unión Libre

**Domicilio:**   
Calle                      No.                      Colonia

C.P.                      Municipio                      Entidad

**Tel. Fijo:**  **Tel. Celular:**

**Escolaridad:**

**Ocupación actual:**

**2. INFORMACIÓN GENERAL**

**Cuento con el servicio médico de:**

**IMSS:** ☐ **ISSSTE:** ☐ **IMSS BIENESTAR:** ☐ **OTRO:**

**Tipo de sangre:**  **Alergias:**

**Padecimientos:**

**Medicamentos que ingiero:**

**¿Trabajo actualmente?** ☐ Sí ☐ No **¿Recibe pensión?** ☐ Sí ☐ No

**¿Cuál es el parentesco con su proveedor?**

**Nombre de la persona con quien vive:**

**Parentesco:**

**Actividades en las que deseo participar**



**Bienestar**  
Secretaría de Bienestar



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

*Dirección de Fortalecimiento y Operación de Políticas Públicas  
Subdirección de Vinculación, Coordinación y Concertación  
Departamento de Vinculación Estatal  
Clubes de Personas Adultas Mayores*

#### **4. DATOS DE UN FAMILIAR EN CASO DE**

<b>Nombre</b>	<input type="text"/>		
	Apellido 1	Apellido 2	Nombre (s)
<b>Domicilio</b>	<input type="text"/>		
	Calle	No.	Colonia
	<input type="text"/>		
	C.P.	Municipio	Entidad
<b>Tel. Fijo</b>	<input type="text"/>	<b>Tel. Celular</b>	<input type="text"/>

#### **5. MANIFIESTO DE CONFORMIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto para todos los efectos legales correspondientes que, bajo mi propia voluntad, responsabilidad y riesgo, deseo participar en las actividades programadas, dentro y fuera del domicilio del Club \_\_\_\_\_ y autorizo a la

persona coordinadora del club de las personas adultas mayores a que, en caso de sufrir algún accidente, urgencia médica o cualquier otro evento que amenace mi salud o integridad, sea notificado el familiar o contacto que designo en la presente; así como ser referido(a) al servicio médico que sea posible, quedando exento el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores de cualquier tipo de reclamo por negligencia médica o por una inadecuada atención en los servicios médicos que reciba.

Por lo antes expuesto, libero de toda responsabilidad al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores en el caso de llegar a sufrir algún accidente, de cualquier tipo, originado previa, durante o posteriormente a la impartición de las actividades en las que participo, dentro o fuera de los espacios designados para su desarrollo, incluso en caso de fallecimiento; igualmente en caso de cualquier evento que afecte a mi persona física, mental y materialmente por no haber declarado o haber omitido aspectos relevantes, en especial sobre mi estado de salud que puedan ser un factor causal determinante.

Así mismo, declaro que he leído el **Reglamento de clubes de Personas Adultas Mayores incorporados al INAPAM R-DFOPP-01** y estoy de acuerdo en cumplir con las normas establecidas para el buen desarrollo y convivencia en el club de las personas adultas mayores.

FIRMA DE LA PERSONA ADULTA MAYOR\*

FIRMA DEL REPRESENTANTE/COORDINADOR  
DE CLUB



## **Aviso de Privacidad Integral**

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) con domicilio en Calle Petén 419, Colonia Vertíz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03020, de la Ciudad de México, a través de la Dirección de Fortalecimiento y Operación de Políticas Públicas, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable; Los datos personales recabados son utilizados únicamente con la finalidad de registrarlos en: el Registro de Adultos Mayores, debiéndose solicitar para el efecto los siguientes datos personales: nombre de persona física, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, dirección particular, teléfono, correo electrónico, escolaridad, ocupación, información médica y firma, los cuales tendrán una permanencia de un año y posteriormente serán eliminados.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad de sus datos personales (derechos ARCOP), así como la revocación del consentimiento directamente ante la Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, ubicada en la calle de Petén número 419, Colonia Vertíz Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03020 de la Ciudad de México, con número telefónico 5559255366, o bien, a través del Sistema SISA 2.0 o la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>), o en el correo electrónico [e.olivares@inapam.gob.mx](mailto:e.olivares@inapam.gob.mx). Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos podrá acudir a la Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, o bien, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada.

Finalmente, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 113, fracciones I y III de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como el Trigésimo Octavo, fracciones I y II, y Cuadragésimo de los Lineamientos Generales en Materia de clasificación y desclasificación de la Información, así como para la Elaboración de Versiones Públicas. La persona interesada en ejercer sus derechos ARCOP, deberá manifestar expresamente la solicitud de acceso, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad de que cualquier documento sea publicado con sus datos personales. Por lo antes mencionado, únicamente el INAPAM podrá llevar a cabo la transferencia de datos personales para atender requerimientos debidamente fundados y motivados, provenientes de una autoridad competente.

**Enterado(a)**

---

**Nombre completo y firma**