



**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).**
 - **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, PASAR AL**
 - 3. LLENADO DE LA CEDULA DE INSCRIPCION Y CARTA RESPONSIVA PARA ACTIVIDADES EXTERNAS.**
 - 4. EL TRAMITE Y EL SERVICIO ES TOTALMENTE GRATUITO.**

ATENTAMENTE

COORDINADORA DEL PROGRAMA INAPAM

3. DEPENDENCIA ECONÓMICA

- ¿Trabajo actualmente? Sí No
- ¿Recibo pensión? Sí No
- ¿Soy independiente económicamente? Sí (pase a 4) No
- ¿Cuál es el parentesco con mi principal proveedor?

4. VIVIENDA

Tipo de Vivienda: Casa Departamento Vecindad

Otro (Especifique)

Propiedad de la Vivienda:

Propia

Rentada

Prestada

Asilada

() Otro (Especifique)

Nombre de una persona con quien vivo

Parentesco:

5. ACTIVIDADES RECREATIVAS

	Sí	No	Especifique cuáles o de qué tipo
¿Pertenezco a alguna asociación o club?			
¿Asisto a eventos culturales?			
¿Desarrollo alguna actividad manual?			
¿Me gusta asistir a pláticas o conferencias?			
¿Me gusta realizar excursiones?			
¿Realizo actividades deportivas?			
¿Tengo pasatiempos o <i>hobbies</i> ?			

Actividades en las que deseo participar

6. DATOS DE UN FAMILIAR EN CASO DE

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

7. 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 del club de las personas adultas mayores.

* **Aviso de Privacidad Simplificado de gob.mx.** La Coordinación de Estrategia Digital Nacional de la Oficina de la Presidencia de la República es la responsable del tratamiento de los datos personales que se recolectan de forma general a través de gob.mx. Esto no incluye aquellos datos que de forma específica son recopilados por las dependencias y entidades que dentro de gob.mx alojan sus sitios, micrositiros y redes sociales; quienes son responsables por los mismos. Los datos personales que se recaban por gob.mx serán utilizados con la finalidad de hacer llegar el boletín de gob.mx. Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en el portal www.gob.mx/privacidadintegral

FIRMA DE PERSONA ADULTA MAYOR*

FIRMA DE REPRESENTANTE/COORDINADOR DE CLUB

8. OBSERVACIONES

Responsiva para actividades Externas

_____ a _____ de _____ de 20____.

La persona que suscribe _____,
socio del club _____ con credencial de
afiliación INAPAM número _____ manifiesta para todos los efectos
legales correspondientes que, bajo mi propia voluntad, responsabilidad y riesgo, deseo
participar en las actividades programadas, fuera del domicilio del Club
_____ del Instituto Nacional de las
Personas Adultas Mayores en mi calidad de persona mayor participante, durante 20____.

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.

Asimismo, autorizo al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores para 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.

Familiar o persona designada como Contacto de Emergencia:

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____

Domicilio _____
Calle Número Colonia Municipio/Alcaldía Estado

Datos complementarios de la persona adulta mayor que suscribe:

Edad _____ Tipo de sangre _____ Hipertensión Sí No Diabetes Sí No

Alergias _____

Servicio médico: _____ / _____
Institución y número de afiliación Clínica o centro médico habitual

*** Aviso de Privacidad Simplificado de gob.mx.** La Coordinación de Estrategia Digital Nacional de la Oficina de la Presidencia de la República es la responsable del tratamiento de los datos personales que se recolectan de forma general a través de gob.mx. Esto no incluye aquellos datos que de forma específica son recopilados por las dependencias y entidades que dentro de gob.mx alojan sus sitios, micrositos y redes sociales; quienes son responsables por los mismos. Los datos personales que se recaban por gob.mx serán utilizados con la finalidad de hacer llegar el boletín de gob.mx. Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrá consultar en el portal www.gob.mx/privacidadintegral

Nombre y firma de la persona mayor participante*