

FORMATO DE SOLICITUD ☐ 1ERA VEZ ☐ SUBSECUENTE
PROGRAMA DE APOYO PARA PERSONAS CON CÁNCER

DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: DÍA DEL MES DEL AÑO

MUNICIPIO: LOCALIDAD:

NOMBRE(S): PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO: SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

EDAD: NÚMERO TELEFÓNICO:

LA PERSONA SOLICITANTE: SÍ ☐ NO ☐ ¿HABLA MAYA?: SÍ ☐ NO ☐

¿ES JEFE(A) DE FAMILIA?: ☐

CURP:

DATOS GENERALES DE LA PERSONA AUXILIAR DESIGNADA. CUANDO APLIQUE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE(S): SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

FECHA DE NACIMIENTO: DEL MES DE: DEL AÑO:

CURP: EDAD:

¿PARENTESCO?: NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL?

NÚMERO TELEFÓNICO:

Mediante la suscripción de este documento, manifiesto mi interés en participar en el Programa de Apoyo a Personas con Cáncer, por lo que acuerdo sujetarme a sus Reglas de Operación; así mismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

Nombre y Firma o Huella de la persona solicitante.