

Registro Generado | FOLIO: NAU-DBIS/IMA/2025/27989

## 1.- Datos generales de la persona solicitante

**Nombre:** Diaz Lezama María del Carmen      **CURP:** DILC801029MDFZZR04  
**Entidad Nac.:** CIUDAD DE MÉXICO      **Fecha Nac.:** 1980-10-29  
**Género:** FEMENINO      **Edo. Civil:** CASADO  
**Tel. Casa:**      **Celular:** 5578484785  
**Correo Electrónico:** memraczaid29@gmail.com

## 2.- Referencia Domiciliaria

**Domicilio:** De la tolva #36, San José de los Leones, C.P. 53760, Naucalpan de Juárez, Estado de México.

## 3.- Identificación de tipos de carencias

¿Su hogar se encuentra en zona?	Urbano	¿Monto mensual del gasto del hogar?	3000
¿Cuenta con seguridad social?	1	<b>Beneficio de Programa</b>	
		Federal - Pensión para el Bienestar de los Adultos Mayores	
Dependientes económicos	3	¿La casa donde vive es?	Prestada
¿Cuartos en su vivienda?	4	¿Material de los muros de la vivienda?	TABIQUE
¿Material del piso de la vivienda?	CONCRETO	¿Material del techo de la vivienda?	CONCRETO

### Servicios:

AGUA POTBALE, ALUMBRADO PÚBLICO, DRENAJE, GAS, INTERNET, PAVIMENTACIÓN, RECOLECCIÓN DE BASURA, TELEFONO, TRANSPORTE PÚBLICO

## 4.- Identificación de grupos vulnerables

Jefe(a) de familia

## 5.- Identificación de condiciones de salud

Condición	Sí/No	Condición	Sí/No	Condición	Sí/No
Ninguna	No	Diabetes	No	Hipertensión	No
Cáncer	No	Cardiovascular	No	Renal	No

Registro Generado | FOLIO: NAU-DBIS/IMA/2025/27989

EPOC	No	Otras: 1
------	----	----------

## 6.- Identificación de grado de estudios

Último grado de estudios: Profesional

## 7.- Seguridad Alimentaria

Comidas al día: 2

Poca variedad de alimentos: Sí

Dejaron de desayunar/comer/cenar: Sí

Comieron menos de lo que debían: Sí

Se quedaron sin alimentos: Sí

Sintieron hambre pero no comieron: Sí

Comieron solo una vez al día: Sí

## 8.- Bienes del Hogar

Refrigerador, T.V.

El que suscribe, María del Carmen Diaz Lezama solicito mi registro al programa de bienestar social

Con la finalidad de ser persona beneficiaria del mismo y mejorar mi bienestar, manifiesto que toda la información aquí contenida es verídica, fehaciente y apegada a la realidad Otorgo mi consentimiento para que se integre el expediente que me identifique como persona beneficiaria y se verifique la acreditación de los requisitos que se establecen en las reglas de operación. Asimismo, autorizo que el personal responsable de operar el programa, verifique los datos asentados en esta solicitud y, en caso de encontrarse falsedad en los mismos, sea motivo de que el apoyo se cancele, aún cuando ya se haya asignado.

Al firmar la presente solicitud, manifiesto conocer los derechos y obligaciones asociados al programa y me comprometo a cumplir las responsabilidades que se deriven de la asignación del apoyo, por motivo de ser beneficiaria del programa.

### AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES.

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos de este programa de bienestar social, información que (SÍ) o (NO) podrá transferirse con fundamento en los artículos 1, 2, 18, 19 y 97 de la Ley de Protección de Datos Personales, en posesión de sujetos obligados del Estado de México y Municipios; 6, 23 fracción IV y 24 fracción XIV y 86 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.

La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales en posesión de los sujetos obligados El aviso de privacidad puede ser consultado en la siguiente liga electrónica: <https://naucalpan.gob.mx/avisos-de-privacidad/>.

Este programa de bienestar es público, ajeno a cualquier partido político; queda prohibido su uso para fines distintos al bienestar e inclusión social; quien haga uso indebido de los recursos de este programa, deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades correspondientes.

**María del Carmen Diaz Lezama**

Nombre completo y Firma del solicitante

Una vez analizada la información, analizada se desprende que si ( ) no ( ) se encuentra en situación de pobreza  
 Av. Juárez No. 39, Fracc. El Mirador, Naucalpan de Juárez, Estado de México  
 programas@naucalpan.gob.mx

Registro Generado | FOLIO: NAU-DBIS/IMA/2025/27989

Folio: NAU-DBIS/IMA/2025/27989

## Datos generales de la persona solicitante

<b>Nombre:</b>	Diaz Lezama María del Carmen	<b>CURP:</b>	DILC801029MDFZZR04
<b>Entidad Nac.:</b>	CIUDAD DE MÉXICO	<b>Fecha Nac.:</b>	1980-10-29
<b>Género:</b>	FEMENINO	<b>Edo. Civil:</b>	CASADO
<b>Tel. Casa:</b>		<b>Celular:</b>	5578484785
<b>Correo Electrónico:</b>	memraczaid29@gmail.com		

