



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO DE LA ACCIÓN SOCIAL "JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN"

NÚMERO DE FOLIO	Día	Mes	Año
			2022

DATOS													
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre(s)							
Clave Única Registro de Población (CURP)						Edad	Sexo	Fecha de nacimiento					
							H M	D	D	M	M	A	A
Lugar de nacimiento	Tiempo de residir en la CDMX (años)		Pertenencia étnica ¿Se considera integrante de alguna comunidad indígena?			No. Dependientes económicos en el hogar		Ocupación					
Tipo de Seguridad Social					Estado Civil								
<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> INSABI	<input type="checkbox"/> NO TENGO	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Otro: _____						
DOMICILIO													
Calle/Avenida/Calzada	Manzana	Grupo	Edificio	No. Exterior	Lote	Entrada	Departamento/Casa	No. Interior					
Colonia			Código Postal			Alcaldía							
Número telefónico celular			Número telefónico local			Número telefónico recados							
Núcleo Familiar													
1.- ¿Cuántas personas habitan en su domicilio incluyéndose? _____													
2.- De estas ¿Cuántas son menores de 15 años? _____													
3.- De estas ¿Cuántas son Adultos mayores de 60 años? _____													
4.- De estas ¿Cuántas personas con discapacidad? _____													
5.- De ¿qué tipo? <input type="checkbox"/> Sensorial <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> TEA y otras condiciones (NEE)													
Economía Familiar													
Ingreso Mensual													
	Solicitante	Cónyuge	Hijos	Otros	Total								
Egreso Mensual													
Concepto	Cantidad	Concepto	Cantidad	Concepto	Cantidad								
Alimentación	\$ _____	Agua	\$ _____	Medicamento	\$ _____								
Renta / Predial	\$ _____	Luz	\$ _____	Transporte	\$ _____								
Teléfono	\$ _____	Gas	\$ _____	Otros	\$ _____								
Total	\$ _____												



Características de la Vivienda

La vivienda es :	Prestada <input type="checkbox"/>	Rentada <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Tipo de vivienda:	Cuarto <input type="checkbox"/>	Departamento <input type="checkbox"/>	Casa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Número de cuartos contando baño y cocina:	1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	Más de 6 <input type="checkbox"/>
Construcción de techo:	Teja <input type="checkbox"/>	Lámina <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Construcción de piso:	Tierra <input type="checkbox"/>	Cemento <input type="checkbox"/>	Loseta <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

Servicios

Concepto	Agua	Luz	Drenaje	Línea Telefónica	Televisión de paga	Internet
Si	<input type="checkbox"/>					
No	<input type="checkbox"/>					

Bienes de la Vivienda

Concepto	Radio	TV	PC	Refrigerador	Estufa	Boiler	Lavadora	Microondas	Auto
Si	<input type="checkbox"/>								
No	<input type="checkbox"/>								

En caso de resultar beneficiado(a) de la Acción Social "Juntos para una Mejor Visión" para el ejercicio fiscal 2022, ¿en qué cree que mejorará su vida? (puede marcar hasta 3 opciones) :

Educación
 Recreación
 Trabajo
 Cuidado Personal
 Actividades Deportivas
 Todas las Anteriores

Aviso de privacidad SIMPLIFICADO Sistema de Datos Personales de usuarios a estudios socioeconómicos de Atención a la Salud.
La Dirección General de Desarrollo Social, es la responsable del tratamiento de los datos personales que se proporcionen por el titular, los cuales serán protegidos en el "Sistema de Datos Personales de usuarios a estudios socioeconómicos de Atención a la Salud".
Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD, el cual tiene su fundamento en lo dispuesto en el Artículo 69, FR. LXXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, (GODF el 06/07/2012), cuya finalidad es proteger los datos personales de los usuarios de los consultorios periféricos y clínicas médicas a cargo de este órgano político administrativo, y podrán ser transmitidos en caso de requerimientos oficiales realizados por órganos jurisdiccionales u órganos de control de la administración pública, con la finalidad de coadyuvar en investigaciones y auditorías además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de gestión ciudadana. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es la C. MARIA ANTONIETA HIDALGO TORRES, Directora General de Desarrollo Social, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, así como la revocación del consentimiento es en Canario esq. Calle 10 s/n, edificio delegacional planta baja, Col. Toluca, C.P. 01150 Alcaldía Alvaro Obregón, en esta Ciudad de México, correspondiente a la Oficina de Información Pública de este órgano político administrativo, correo electrónico: alcaldia@ao.cdmx.gob.mx, Página web: www.dao.gob.mx, tel.: 55 5276 6827. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la CDMX al teléfono: 55 5636 4636; correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx.

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".

Nota: Bajo Protesta de decir verdad, manifiesto que los datos proporcionados son verídicos.

Nombre Completo y firma
Solicitante

Nombre Completo y firma
Aplicador



**ÁLVARO
OBREGÓN**
Tu Alcaldía Aliada

Alcaldía Álvaro Obregón
Dirección General de Desarrollo Social
J.U.D. de Atención a la Salud



**CÉDULA DE REGISTRO
ACCIÓN SOCIAL
"JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN"**

NÚMERO DE FOLIO		
DÍA	MES	AÑO

DATOS											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s) Completo					
Clave Única Registro de Población (CURP)						Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento			
							H M	DÍA	MES	AÑO	
Lugar de Nacimiento			Tiempo de residir en la CDMX (años)		Pertenencia Étnica ¿Se considera integrante de alguna comunidad indígena?			Número de dependientes económicos en el Hogar			
					SI NO						
Ocupación					Grado máximo de estudios						
DOMICILIO											
Calle/Avenida/Calzada				Mz	Grupo	Edificio	Número Exterior	Lote	Entrada	Departamento	Número Interior
Colonia					Código Postal			Alcaldía			
Número telefónico celular			Número telefónico local			Correo Electrónico					

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".



**ÁLVARO
OBREGÓN**
Tu Alcaldía Aliada

Alcaldía Álvaro Obregón
Dirección General de Desarrollo Social
J.U.D. de Atención a la Salud



REGISTRO A LA ACCIÓN SOCIAL "JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN"

Expediente con número de folio: _____

Nombre del solicitante: _____

Este es un comprobante de registro, el cual no garantiza la asignación de un lugar para ser beneficiario(a) de la **ACCIÓN SOCIAL "JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN"** para el ejercicio fiscal 2022 y otorga sólo el derecho a participar en el procedimiento de acceso.



DOCUMENTACIÓN

Credencial para votar (Vigente)

Clave Única de Registro de Población (CURP)

Comprobante de domicilio (No mayor a 3 meses)

Diagnóstico Oftalmológico

Estudio Socioeconómico

Carta responsiva

Aviso de Privacidad SIMPLIFICADO del "SISTEMA DE DATOS PERSONALES RECABADOS DE SOLICITANTES Y BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS Y ACCIONES SOCIALES EJECUTADOS POR ATENCIÓN A LA SALUD".

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el SISTEMA DE DATOS PERSONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD, el cual tiene su fundamento en lo dispuesto en Artículo 39, FR. LXXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, (GODF el 06/07/2012); cuya finalidad es: proteger los datos personales de los usuarios de los consultorios periféricos y clínicas médicas a cargo de este órgano político administrativo, y podrán ser transmitidos en caso de requerimientos oficiales realizados por órganos jurisdiccionales u órganos de control de la administración pública, con la finalidad de coadyuvar en investigaciones y auditorías además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de gestión ciudadana. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es la C. MARIA ANTONIETA HIDALGO TORRES, Directora General de Desarrollo Social, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, así como la revocación del consentimiento es en Canario esq. Calle 10 s/n, edificio delegacional planta baja, Col. Tolteca, C.P. 01150 Alcaldía Álvaro Obregón, en esta Ciudad de México, correspondiente a la Oficina de Información Pública de este órgano político administrativo, correo electrónico: alcaldia@aao.cdmx.gob.mx, Página web: www.dao.gob.mx, tel.: 55 5276 6827. El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para la CDMX al teléfono: 55 5636 4636; correo electrónico: datos.personales@infodf.org.mx o en la página www.infodf.org.mx.

Nota: Bajo Protesta de decir verdad, manifiesto que no cuento con acceso a algún sistema de seguridad social y que no soy trabajador de la Alcaldía ni de la administración pública de la Ciudad de México, beneficiaria de otro programa social similar de gobierno local o federal, que los datos y documentos proporcionados son fehacientes.

"Acepto que el registro no garantiza la asignación de un lugar para ser beneficiario(a) de la ACCIÓN SOCIAL "JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN" para el ejercicio fiscal 2022, y otorga exclusivamente el derecho a participar en el proceso".

Nombre Completo y Firma
del Solicitante

Nombre Completo y Firma
del Aplicador

Firma
Responsable de Acción Social



**COMPROBANTE DE REGISTRO
ACCIÓN SOCIAL "JUNTOS PARA UNA MEJOR VISIÓN"**

"Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en la Ciudad de México, será sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente".



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO OBREGÓN
Tu Alcaldía Aliada

ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN



2022 **Ricardo Flores Magón**
Año de la Revolución Mexicana

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2022

Nombre del aspirante: _____
PRESENTE

En atención a los lineamientos de la Acción Social “Juntos para una mejor visión”, por medio de la presente, hago de su conocimiento que el objetivo de esta acción es brindar apoyo económico para la cirugía de cataratas de uno o dos ojos a personas que se encuentren en condición de desventaja económica, para mejorar su calidad de vida y atender esta necesidad social, a través de la institución (ARIS VISION).

Que el criterio de selección será determinado por el diagnóstico oftalmológico que realice la institución, dando prioridad de acuerdo con la severidad de la deficiencia visual, así como por el estudio socioeconómico que priorizará la selección de los posibles beneficiarios con mayor vulnerabilidad económica.

Asimismo, le informo que la Asociación Aris Vision Institute Cd de México S.C., es la responsable del diagnóstico, cirugía y consultas postoperatorias, las cuales se realizarán en sus instalaciones y con el personal debidamente calificado. Derivado de lo anterior, la Alcaldía Álvaro Obregón sólo ejercerá el presupuesto asignado para la o las cirugías que así se determinen durante los periodos establecidos.

Nombre completo y Firma



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO



ÁLVARO OBREGÓN
Tu Alcaldía Aliada

ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN



2022 **Ricardo Flores Magón**
Año de la Revolución Mexicana

FOLIO: _____

FECHA: _____

Entrega de información de la Acción Social “Juntos para una mejor visión”

Consentimiento Informado

Yo _____, *declaró* que en atención a los lineamientos de la Acción Social “Juntos para una mejor visión”, por medio de la presente, con pleno conocimiento de causa, hago constar, que la J.U.D. de Atención a la Salud, unidad responsable de la operatividad de la acción social, ha hecho de mi conocimiento el objetivo y criterios de selección, así como la responsabilidad de la Alcaldía dentro de la misma.

RECIBIDO DE CONFORMIDAD

Nombre completo del solicitante: _____

Firma: _____

Fecha: _____