

SOLO PERSONAL AUTORIZADO

TRÁMITE GRATUITO

FECHA DE ELABORACIÓN:	Día	Mes	Año	GENERO	F	M	FOLIO			
MODULO:	REVISOR DOCUMENTOS			CAPTURISTA			CVE MOV	NR	R	C

Fotografía

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)

CURP	ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO
------	--------------	---------	--------

ENTIDAD DE NACIMIENTO:

FECHA DE NACIMIENTO:	DOMICILIO ACTUAL:	# EXT.	# INT	COLONIA
Día Mes Año	CALLE			

TELÉFONO	LADA	e-mail
----------	------	--------

MUNICIPIO	C.P.	ENTIDAD
-----------	------	---------

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A:

TELÉFONO DE EMERGENCIA	CASA	OFICINA	CELULAR
------------------------	------	---------	---------

ORDENE POR IMPORTANCIA DEL 1 AL 6 LOS SERVICIOS EN LOS QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA

- Alimentación
- Vestido y Calzado
- Medicamentos, Servicios de Salud
- Agua y Predial
- Identificación personal
- Transporte Local y Foráneo

¿EN QUE OTRO BIEN O SERVICIO LE GUSTARÍA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM?

VIVE EN CASA PROPIA ALQUILADA PRESTADA CENTRO DE ASISTENCIA OTRO

¿CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS? SI NO

¿CON QUIEN VIVE? SOLO FAMILIA AMISTADES CENTRO ASISTENCIA OTRO

¿ES JUBILADO O PENSIONADO? SÍ NO

¿HABLA ALGÚN DIALECTO O LENGUA INDÍGENA? SI NO ¿CUÁL? _____

¿SABE LEER Y ESCRIBIR? SI NO

¿RECIBE AYUDA DE ALGÚN PROGRAMA DE GOBIERNO? SI NO ¿CUÁL? _____

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- DIABETES MELLITUS
- PADECIMIENTO NEUROLÓGICO
- ENFERMEDAD CANCEROSA
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN
- ENFERMEDAD REUMÁTICA
- ENFERMEDAD RESPIRATORIA
- OTRA

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO ¿CUÁL? _____

PARA CAMINAR REQUIERE DE BASTÓN ANDADERA SILLA DE RUEDAS NINGUNO

¿HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES?

OLFATO SI NO OÍDO SI NO VISTA SI NO GUSTO SI NO

¿REALIZA ALGÚN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? SI NO CUAL? _____

EN EL ÚLTIMO AÑO ¿HA SUFRIDO MAS DE 2 CAÍDAS? NO SI EN DOMICILIO EN CALLE

¿CUÁNTOS MEDICAMENTOS DIFERENTES TOMA AL DÍA? 0-3 4-7 MÁS DE 7

1) HABILIDADES TÉCNICAS Y PROFESIONALES CON QUE CUENTA Y QUE PODRÍA OFRECER COMO INSTRUCTOR.

2) ACTIVIDADES SOCIALES, ARTÍSTICAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS A LAS QUE QUISIERA SER INVITADO

Aceptación de términos

Los datos personales serán recabados, protegidos, incorporados y tratados en el "Sistema de Datos Personales del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores" (INAPAM) con fundamento en los artículos 2º fracción IV, 3º fracciones I, III, IV, VIII y IX, 4º fracción I y, 5º fracción I, b, 13º, 24º y 28º fracciones V, VII, XV, XVI, XVII, y XIX de la ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores con la finalidad de conocer las características y necesidades de la población objetivo. El sistema de datos personales del INAPAM fue registrado ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifi.org.mx). La información podrá ser transmitida a la Dirección General del Registro Nacional de Población de Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación, con la finalidad de que el Registro Nacional de Población mantenga permanentemente actualizada su información, incorporando los avances tecnológicos disponibles para su funcionamiento (Artículos 80 y 82 del reglamento de la Ley General de Población) además de otras transmisiones previstas en la ley. La Unidad Administrativa responsable del sistema de datos personales es el Departamento de Afiliación del INAPAM, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos personales ante la misma es en Pelen núm. 419 col. Narvarte. Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México, D.F. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005

Enterado, recibí Tarjeta INAPAM

INAPAM CARD FOR LCS MEMBERS

DOCUMENTS REQUIRED:

- INAPAM APPLICATION FILLED OUT CORRECTLY (SEE REVERSE)
- COPY & ORIGINAL OF PASSPORT (PHOTO PAGE ONLY)
- COPY & ORIGINAL OF INMIGRATION DOCUMENT (TEMPORAL/ PERMANENTE)
- COPY (RECENT) OF PROOF OF ADDRESS (CFE RECEIPT, PHONE BILL) DOES NOT HAVE TO HAVE YOUR NAME ON IT.
- TWO PHOTOS WITHOUT JEWELRY OR GLASSES (BLACK & WHITE/ COLOR) SIZE "INFANTIL"

INSTRUCTIONS TO FILL THE APPLICATION FORM FOR INAPAM CARD

The portion you fill out begins at, DATOS DEL SOLICITANTE: INFORMATION ON WHO IS APPLYING **do not write** in the areas above it!

APELLIDO PATERNO - FATHER'S LAST NAME APELLIDO MATERNO - MOTHER'S LAST NAME NOMBRE(S) - FIRST NAME(S)

CURP (IS AN UNIQUE CODE FOR BOTH CITIZENS AND RESIDENTS OF MEXICO. EACH CURP CODE IS UNIQUE ALPHANUMERIC 18-CHARACTER STRING. IF YOU DON'T HAVE ONE YOU CAN NOT APPLY FOR AN INAPAM CARD. TO GET YOUR CURP APPLY AT THE INMIGRATION OFFICE IN CHAPALA.)

ESTADO CIVIL : CIVIL STATUS SOLTERO SINGLE CASADO MARRIED

ENTIDAD DE NACIMIENTO: BIRTH PLACE

FECHA DE NACIMIENTO: DATE OF BIRTH (DAY, MONTH, YEAR) DOMICILIO ACTUAL: - ACTUAL ADDRESS CALLE - STREET # EXT - OUTSIDE NUMBER#INT- INTERIOR NUMBER COLONIA - NEIGHBORHOOD

TELEFONO – PHONE LADA - AREA CODE E-MAIL

MUNICIPIO – CITY C.P. - ZIP CODE ENTIDAD - STATE

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: - IN CASE OF ACCIDENT PLEASE CONTACT:

TELEFONO DE EMERGENCIA: - EMERGENCY PHONE: [circle one of the following] CASA – HOUSE OFICINA – OFFICE CELULAR - CELL PHONE

ORDENE POR IMPORTANCIA DEL 1 AL 6 LOS SERVICIOS EN LOS QUE PIENSA UTILIZAR SU TARJETA: ORDER FROM 1 TO 6 THE SERVICES ON WHICH YOU INTEND TO USE THE CARD

ALIMENTACION (FOOD)	VESTIDO Y CALZADO (CLOTHING & SHOES)	MEDICAMENTOS, SERVICIOS DE SALUD (MEDICIN OR MEDICAL SERVICES)
AGUA Y PREDIAL (WATER BILL AND STATE TAX)	IDENTIFICACION PERSONAL (PERSONAL I.D.)	TRANSPORTE LOCAL Y FORANEO (BUS LOCAL & TRIPS)

EN QUE BIEN O SERVICIO LE GUSTARIA RECIBIR DESCUENTO CON LA TARJETA INAPAM: - FOR WHAT OTHER SERVICES WOULD YOU LIKE TO HAVE A DISCOUNT WITH THE INAPAM CARD:

VIVE EN - YOU LIVE IN CASA PROPIA - YOUR OWN HOME ALQUILADA -- RENTED PRESTADA – BORROWED CENTRO DE ASISTENCIA - ASSISTANCE CENTER OTRO - OTHER

CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS ? - DOES IT HAVE SANITARY SERVICES? SI- YES NO

CON QUIEN VIVE ? - WITH WHOM DO YOU LIVE? SOLO - ALONE FAMILIA - FAMILY AMISTADES - FRIENDS CENTRO DE ASISTENCIA - ASSISTANCE CENTER OTRO - OTHER

ES JUBILADO O PENSIONADO? - ARE YOU RECIEVIING A PENSION SI - YES NO

HABLA ALGUN DIALECTO O LENGUA INDIGENA? - DO YOU SPEAK ANY DIALECT OR INDIGENOUS LANGUAGE? SI - YES NO

SABE LEER Y ESCRIBIR? - DO YOU KNOW HOW TO READ AND WRITE? SI - YES NO

RECIBE AYUDA DE ALGUN PROGRAMA DE GOBIERNO? - DO YOU RECEIVE ANY HELP FROM THE GOBERMENT? SI - YES NO CUAL- WHICH:

PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: - DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING DISEASES:

DIABETES MELLITUS – DIABETES PADECIMIENTO NEUROLOGICO - NEUROLOGICAL DISEASE ENFERMEDAD CANCEROSA - CANCER
HIPERTENSION ARTERIAL - HIGH BLOOD PRESSURE ENFERMEDAD DEL CORAZON - HEART DISEASE ENFERMEDAD REUMATICA - REUMATISM
ENFERMEDAD RESPIRATORIA - ANY RESPIRATORY DISEASE OTRA - OTHER

PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? - DO YOU HAVE ANY INCAPACITY? SI - YES NO CUAL - WHICH:

PARA CAMINAR REQUIERE DE: - TO WALK DO YOU NEED: BASTON - CANE ANDADERA - WALKER SILLA DE RUEDAS - WHEEL CHAIR NINGUNO - NOTHING

HAN DISMINUIDO SUS CAPACIDADES SENSORIALES: - HAS THE QUALITY OF YOUR SENSES DIMINISHED

OLFATO - SMELL SI - YES NO OIDO - HEARING SI - YES NO VISTA - SIGHT SI - YES NO GUSTO- TASTE SI - YES NO

REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO O DEPORTE? - DO YOU EXCERCISE OR DO ANY SPORT? SI - YES NO CUAL - WHICH:

EN EL ULTIMO AÑO HA SUFRIDO MAS DE DOS CAIDAS? - IN THE PAST YEAR HAVE YOU FALLEN MORE THAN TWICE? 0-3 4-7 MAS DE SIETE- MORE THAN 7

CUANTOS MEDICAMENTS DIFERENTES TOMA AL DIA? - HOW MANY DIFFERENT PILLS DO YOU TAKE DAILY? 0-3 4-7 MAS DE SIETE- MORE THAN 7

HABILIDADES TECNICAS Y PROFESIONALES CON QUE CUENTA Y QUE PODRIA OFRECER COMO INSTRUCTOR? - PROFESSIONAL OR THECNICAL SKILLS THAT YOU HAVE AND WOULD LIKE TO OFFER AS INSTRUCTOR?

ACTIVIDADES SOCIALES, ARTISTICAS, CULTURALES Y DEPORTIVAS A LAS QUE QUISIERA SER INVITADO - ANY SOCIAL, ARTISTIC, CULTURAL OR SPORT EVENTS, THAT YOU WOULD LIKE TO BE INVITED TO.