

## SOLICITUD DE APOYO

Zacatecas, Zacatecas a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

LIC. DAVID MONRREAL AVILA  
GOBERNADOR DEL ESTADO DE ZACATECAS  
P R E S E N T E.

Quien suscribe, en mi calidad de Deportado (a) o Repatriado (a) de la manera mas atenta, le solicito, tenga a bien, concederme beneficiario del programa:

### REPATRIADOS TRABAJANDO

Para oír y recibir notificaciones, me permito presentar los datos personales siguientes:

Nombre (s)	_____	Apellido Paterno	_____	Apellido Materno	_____
Calle	_____	No.	_____	Edad	_____
Colonia	_____	Localidad	_____		
Municipio	_____	Telefono	_____		
CURP	_____	Edad	_____		
Identificacion	(1) INE _____ (2) Pasaporte _____	(4) Cartilla Militar _____	Otro _____		
Tipo de Vialidad	(4) Boulevard _____ (5) Calle _____	(3) Avenida _____ (7) Calzada _____			
Entre Vialidades	_____				
Estado Civil	(1) Soltera (o) _____ (2) Casada (o) _____	(3) Divorciada (o) _____ (4) Viuda (o) _____	(5) Union Libre _____		
Jefa (e) de Familia	Si _____ No _____				
Ocupacion	(1) Hogar _____ (2) Comerciante _____	(4) Desempleado _____ (5) Jubilado/Pensionado _____			
	(6) Empleado _____ (7) Estudiante _____	(8) Obrero _____ (10) Campesino _____ (11) Otro (s) _____			
Ingreso Mensual	(1) Ninguno _____ (2) - Sal Minimo _____	(3) una vez Sal. Minimo _____ (4) 2 veces Sal. Minimo _____			
	(5) 3 Veces Sal. Minimo _____ (6) 4 Veces Sal. Minimo _____	(7) 5 Veces Sal. Minimo _____			
Numero de Habitantes en Vivienda	_____	Dependientes	_____	Casa Propia _____	Prestada _____ Rentada _____
Electricidad	Si _____ No _____	Agua Si _____ No _____	Drenaje Si _____ No _____	Gas Si _____ No _____	
Telefono	Si _____ No _____	Internet Si _____ No _____			
Nivel de Estudios	(1) Ninguno _____ (2) Primaria _____	(3) Secundaria _____			
	(4) Preparatoria _____ (5) Carrera Tecnica _____	(6) Licenciatura _____			
Seguridad Social	(1) Ninguno _____ (2) IMSS _____	(3) ISSSTE _____ (4) Seguro Popular _____			
	(5) Pemex _____ (6) Otro _____				
Discapacidad	(1) Ninguno _____ (2) Dificultar para Caminar _____	(3) Dificultad para Ver _____			
	(4) Dificultar para Oír _____ (5) Dificultad para Hablar _____				
	(6) Limitacion Mental _____ (7) Cuidado Personal _____	(8) Dificultad para aprender _____			
Grupo Vulnerable	(1) Ninguno _____ (2) Madres Solteras _____	(3) Jefas de Familia _____			
	(4) Mujeres con Maltrato _____ (5) Menores de edad en riesgo _____	(6) Discapacidad _____			

En espera de su respuesta, agradezco su atención.

Nombre Completo

Firma