



## SOLICITUD DE FAMILIAS DE ACOGIDA TEMPORAL

FECHA:		NO. DE SOLICITUD:	
--------	--	-------------------	--

### DATOS DE SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO				SEXO	
FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	
LUGAR DE NACIMIENTO					
NACIONALIDAD					
SI ES EXTRANJERO (A), ESPECIFICAR CALIDAD MIGRATORIA					
GRADO DE ESTUDIOS					
RELIGIÓN					
DOMICILIO PARTICULAR	CALLE	NO. INT.	NO. EXT	COLONIA	
	ALCALDÍA		C.P.	ENTIDAD FEDERATIVA	
CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONO FIJO				CELULAR:	
REDES SOCIALES	FACEBOOK		INSTAGRAM		OTRA

### DATOS DE REDES DE APOYO

PERSONA 1				
	NOMBRE COMPLETO		EDAD	EDO. CIVIL
	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		TELÉFONO (S)

PERSONA 2				
	NOMBRE COMPLETO		EDAD	EDO. CIVIL
	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		TELÉFONO (S)

PERSONA 3				
	NOMBRE COMPLETO		EDAD	EDO. CIVIL
	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		TELÉFONO (S)

PERSONA 4				
	NOMBRE COMPLETO		EDAD	EDO. CIVIL
	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN		TELÉFONO (S)





GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIF

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE DERECHOS DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
 DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, RIESGO O DESAMPARO Y CENTROS DE ASISTENCIA SOCIAL



MÉXICO TENOCHTITLAN  
 SIETE SIGLOS DE HISTORIA

SI RECIBES LA CAPACITACIÓN ADECUADA, ¿PODRÍAS ACOGER A UN NNA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PERFILES?	SI	NO	EXPLICA TU RESPUESTA
DE 0 - 3 AÑOS DE EDAD			
DE 12 -17 AÑOS DE EDAD			
CON DISCAPACIDAD			
CON ENFERMEDAD CRÓNICA			
EN MOVILIDAD (SITUACIÓN DE MIGRACIÓN)			
EN CONFLICTO CON LA LEY			
DE COMUNIDAD INDIGENA			
CON CONSUMO DE SUSTANCIAS (DIRECTA O POR GESTACIÓN/LACTANCIA)			
CON DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO			
LGBTTIQ			