

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL  
FORMULARIO Y TRÁMITE GRATUITO.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Solicitante**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Código Único de Identificación (CUI): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Posee cuenta bancaria: Si  No , si posee, en que banco \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

Posee discapacidad física: Si  No , especifique: \_\_\_\_\_

**Información del Cónyuge**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Código Único de identificación (CUI): \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**Requisitos que se deben de adjuntar, según lo establecido en el artículo 5 Decreto 51-2022 y Acuerdo Gubernativo número 13-2023:**

- \* Copia del Documento Personal de Identificación –DPI- del solicitante y del cónyuge;
- \* Certificación donde conste que cumplió su tiempo de servicio, extendida por el Ministerio de la Defensa Nacional.
- \* Certificación que acredite, en su caso, alguna discapacidad física, la cual deberá ser emitida por los funcionarios que corresponda de los hospitales nacionales o centros de salud.

Acepto las condiciones de validación de información. Declaro y juro que los datos son ciertos, fidedignos y conozco la pena del delito de perjurio y que me encuentro dentro del personal de tropa que prestó servicio militar durante el conflicto armado interno como se establece en el Decreto Número 51-2022 del Congreso de la República de Guatemala.

\_\_\_\_\_  
Firma o impresión dactilar

**Nota: El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) tiene la facultad de verificar la veracidad de la información confirmada por el beneficiario y en cumplimiento de la normativa sustantiva, tomando las medidas pertinentes en caso de que lo declarado no sea veraz.**

**\*Se solicitará cualquier otro documento necesario, en virtud a lo regulado en el reglamento de la presente ley.**

**\* Este formulario es gratuito y las entidades encargadas de facilitarlo prestarán el apoyo gratuito a los beneficiarios que lo soliciten.**