

Álvaro Obregón, Ciudad de México ___ de _____ de 2020.

**SOLICITUD DE BECA DE SERVICIO DE TRATAMIENTO
RESIDENCIAL DE ADICCIONES**

El que suscribe dirige la presente solicitud a fin de ser beneficiado con “Programa Institucional para el Pago de Servicios de Tratamiento Residencial para Usuarios con Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Alcaldía Álvaro Obregón”.

Manifiesto que doy por entendido que éste subsidio consiste en el apoyo económico para el pago del tratamiento en modalidad residencial con una duración idealmente de 12 semanas en una clínica reconocida por la Comisión Nacional contra las Adicciones.

Hago constar que el personal de la Dirección General de Prevención contra las Adicciones (DGPA) me expuso que los recursos para este programa tienen una finalidad meramente social y no persigue fines políticos ni de lucro.

Me han explicado que algunos de mis datos demográficos y sobre el consumo de sustancias, serán utilizados con el objetivo de estudiar el proceso adictivo en los habitantes de la Alcaldía Álvaro Obregón y que la DGPA en todo momento, preservará la confidencialidad de la información relacionada con mi persona.

Asimismo, se me ha informado que recibiré un tratamiento multidisciplinario lo que implica que se me realicen una serie de evaluaciones médicas, psicológicas, psiquiátricas y nutricionales previas a mi ingreso con la finalidad de contar con un diagnóstico integral de mi condición actual. Comprendo que con base en los resultados del mencionado diagnóstico puedo ser o no aceptado como candidato para este tratamiento, por lo que en caso de no ser selecto, consiento se me proporcione información por medio oral o escrito respecto a otras alternativas de atención. También comprendo que los gastos derivados de estudios médicos complementarios y los medicamentos requeridos para el tratamiento de enfermedades médicas o psiquiátricas durante el tratamiento y posterior a este correrán por mi cuenta.

Declaro que se me han enlistado los documentos, requisitos y artículos personales necesarios para mi ingreso y estancia en el centro de tratamiento residencial, mismos que serán cubiertos por mi persona y/o familia al inicio y durante todo el proceso.

La Dirección General de Prevención contra las Adicciones no estará nunca obligada a trasladarme a mí o mis familiares por causas atribuibles a mi tratamiento ni a otras.

La Dirección General de Prevención contra las Adicciones se exime de toda responsabilidad por los actos en contra de la ley en los que me haya visto involucrado, previo y posterior al tratamiento. También asumo que cualquier acto de vandalismo o daño ocasionados por mi persona a las instalaciones del establecimiento serán mi responsabilidad, por lo que los daños y perjuicios derivados de este hecho serán cubiertos en su totalidad por mí o mi familia.

Entiendo que siempre y en cualquier momento podré solicitar abandonar voluntariamente el tratamiento y que puedo ser dado de baja por causas atribuibles a mi comportamiento. Cualquiera de estas dos circunstancias me impedirá volver a solicitar el apoyo de este subsidio durante los seis meses posteriores a cualquiera de estos hechos.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del beneficiario

Nombre y firma del familiar responsable

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL USO DE DATOS PERSONALES

Yo _____ hago constar que mis datos personales aquí vertidos son verídicos y coinciden con la documentación probatoria que anexo (comprobante domiciliario, identificación oficial y CURP). Al mismo tiempo declaro que a la Dirección General de Prevención contra las Adicciones para el uso de dicha información, en apego estricto a la legislación vigente en materia de transparencia y acceso a la información. Entiendo que mi información formará parte de una base de datos, la cual recibe un manejo de carácter confidencial y sin fines de lucro o proselitismo. De igual forma, la Dirección General de Prevención contra las Adicciones me ha explicado que los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la base de datos de pacientes con beca del Programa Institucional para el Pago de Servicios de Tratamiento Residencial para Usuarios con Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Alcaldía Álvaro Obregón, a cargo de la Dirección general de Prevención contra las Adicciones.

Comprendiendo que toda información gozará de la confidencialidad establecida en la normatividad vigente y sólo será usada para mantener y actualizar el registro de los beneficiarios del programa, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de la salud proporcionados por la Alcaldía.

La unidad administrativa responsable de la base de datos antes referida es la Dirección general de Prevención contra las Adicciones con domicilio en Calle 10 s/n esq. Calle Canario, Col. Toltecas, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México.

Fecha: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LOS DATOS

Los Datos Personales se encuentran protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, por lo que su difusión se encuentra tutelada en sus artículos 3 fracciones IX, XXVIII, XXIX, XXXIV, XXXVI, 9, 16, 25, 26, 37, 41, 46, 49, 50, de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México y demás relativos y aplicables; debiendo sujetarse en su caso, a las disposiciones relativas a la creación, modificación o supresión de datos personales previstos. Asimismo, deberá estarse a lo señalado en los numerales 1, 3, 12, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 29, 35 y demás aplicables de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales en el Distrito Federal.