

Morelia, Mich., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2026

## PROGRAMA SUEÑO MICHOCANO INVERSIÓN PRODUCTIVA SOLICITUD DE APOYO

Alfredo Ramírez Bedolla  
Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo  
**PRESENTE**

En atención a:  
Antonio Soto Sánchez  
Secretario del Migrante

Por este medio, me/nos permito/s presentar mi/nuestra solicitud de apoyo al Programa Sueño Michoacano Inversión Productiva, de acuerdo con los datos siguientes:

### DEL COMPONENTE Y DEL SOLICITANTE

**Emprendimiento Individual**

Nombre del solicitante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Teléfono de contacto

Edad

Sexo F  M

**Inversión Familiar**  **Inversión Comunitaria**

Nombre del grupo

Nombre del representante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Teléfono de contacto

Edad

Sexo F  M

### DEL PROYECTO

**Nombre del proyecto productivo**

**Monto solicitado**

Emprendimiento Individual hasta \$25,000;  
Inversión Familiar hasta \$50,000; Inversión Comunitaria hasta \$125,000

\*Los montos de apoyo estarán en función de lo señalado en las Reglas de Operación del Programa Sueño Michoacano Inversión Productiva vigentes y a la suficiencia presupuestal con la que se cuente.

Declaro:

- Haber leído y aceptar el cumplimiento de los ordenamientos establecidos en el Programa Sueño Michoacano Inversión Productiva y sus Reglas de Operación, así como en la legislación aplicable vigente.
- Que la presentación de la solicitud NO compromete la autorización de la misma.
- BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que los datos son verídicos y que los documentos que entrego son copia legible fiel de los originales que obran en mi poder, disponibles para su exhibición en caso de ser solicitados.
- Que nunca he sido beneficiario del Programa Sueño Michoacano Inversión Productiva.
- Que de resultar beneficiario, me comprometo a realizar las inversiones conforme al formato de proyecto adjunto y a las cotizaciones, a entregar la comprobación de su uso, asistir a la capacitación y aceptar los procesos de seguimiento y auditoría posteriores.
- Que reconozco en el Programa el fomento de condiciones favorables para el autoempleo y la reintegración laboral y económica, así como para el aprovechamiento productivo de las remesas.
- Que, en caso de incumplimiento, conozco y acepto el artículo 25 de las Reglas de Operación del Programa.
- Que acepto el uso de mis datos con fines de acceso a la información y transparencia que cumplen por ley los sujetos obligados, así como su uso para fines estadísticos.

Agradezco su atención y compromiso.

Atentamente  
Firma del solicitante

## INTEGRANTES

Nombre	Edad	Sexo		Firma
		F	M	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	