



Municipio De Mineral Del Chico, Hgo.

2020 -2024



MINERAL DEL CHICO



TRAMITES:

PROGRAMAS SOCIALES

2023

“PROGRAMA: SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA”

REQUISITOS PARA EL PRE-REGISTRO



Crterios y Requisitos de elegibilidad

Para tener acceso a los apoyos que otorga este Programa, en su modalidad B, se deberán cumplir con los siguientes criterios y requisitos:

Crterios	Requisitos
I.- Para Personas Responsables de hijas e hijos en orfandad materna, deberán:	
1.- Fungir como la Persona Responsable de las hijas e hijos en orfandad materna al momento de realizar el trámite de incorporación y si el beneficiario es mayor de edad podrá realizar el trámite por sí mismo.	1.- Entregar copia y exhibir original para cotejo de alguna de las siguientes identificaciones: <ul style="list-style-type: none">- Credencial para votar vigente.- Cédula Profesional.- Pasaporte vigente.- Cartilla del Servicio Militar vigente.- Forma Migratoria.
2.- Comprobar el fallecimiento de la madre.	2.- Copia certificada del acta de defunción de la madre. También se admitirá el acta de presunción de muerte como documento equivalente al del acta de defunción. Este documento debe ser de no más de tres meses de antigüedad a la fecha de su entrega.
3.- Que las y los hijos sean menores de 24 años.	3.- Entregar copia y exhibir en original para cotejo del acta de nacimiento vigente de cada una(o) de las(os) hijas(os) de hasta 23 años de edad, en orfandad materna.
4.- Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP).	4.- Entregar copia y exhibir para cotejo de datos la Clave Única de Registro de Población (CURP) vigente, de la madre, de la persona responsable y de cada una de las hijas e hijos en orfandad materna de hasta 23 años, para los que se solicitan el apoyo.
5.- Identificación y ubicación del domicilio donde vivirán las y los hijos en orfandad materna.	5.- Entregar copia y exhibir original de Comprobante de domicilio de no más de tres meses de antigüedad para cotejo, de alguno de los siguientes documentos: a) Recibo de pago de energía eléctrica, agua, teléfono, impuesto predial. En localidades de hasta 10,000 habitantes, se podrá presentar constancia expedida por la autoridad local competente.
6.- Compromiso de la Persona Responsable de administrar y hacer buen uso del recurso económico que le será entregado, para el bienestar de las hijas e hijos en orfandad materna.	6.- Firmar carta responsiva en formato libre, a través de la cual la persona responsable asume el compromiso solidario de destinar los recursos para los fines del programa.



Los documentos referidos en este numeral se deberán proporcionar al personal de la Delegación de los Programas para el Desarrollo de manera presencial o a través de los levantamientos de campo realizados al momento de la verificación del padrón, conforme a los criterios y requisitos de elegibilidad previstos en estas reglas.

Tipos y Montos de Apoyo

El Programa tiene por objeto contribuir a su manutención, educación y su desarrollo integral, mediante la entrega de un apoyo directo bimestral, que se entregará a las hijas e hijos, adolescentes y jóvenes en orfandad materna, a través de las personas responsables, conforme al siguiente monto:

De recién nacido a 5 años	\$ 360.00
6-12 años	\$ 600.00
13-15 años	\$ 845.00
16-18 años	\$ 1,090.00
19-23 años	\$ 1,200.00

Los apoyos a que se refieren estas Reglas de Operación se otorgarán a las hijas e hijos en orfandad en donde la jefa de familia fallecida contaba con afiliación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia.



Formato de Solicitud de incorporación Modalidad.

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR

ESTADO: _____ REGIÓN: _____ FOLIO: _____

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN MODALIDAD A

INCORPORACIÓN

FECHA: _____

PROGRAMA DE APOYO PARA EL BIENESTAR DE NIÑAS Y NIÑOS, HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS

1 DATOS DE MADRE, PADRE O TUTOR

ESTADO: _____ REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ ÁREA: _____

NOMBRE (S): _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

SEXO: H M EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO DE NACIMIENTO: _____ TELEFÓNICO: _____ CELULAR: _____

CLAVE DE ELECTOR: _____ CURP: _____

LOCALIDAD: _____ COLONIA: _____ CALLE: _____ #EXT: _____ INT: _____ MZ: _____ LOTE: _____ CP: _____

No. BENEFICIARIOS: _____ REFERENCIA 1: _____ REFERENCIA 2: _____

1. ¿CUAL ES EL PARENTESCO CON LA NIÑA O EL NIÑO?
 MADRE PADRE TUTOR(A) OTRA

2. ¿PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA?
 SI NO ¿CUÁL? _____

3. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?
 SI NO ¿CUÁL? _____

4. ¿CUAL ES LA PRINCIPAL ACTIVIDAD QUE REALIZA?
 TRABAJAR ESTUDIAR Y TRABAJAR EN BUSQUEDA DE TRABAJO TRABAJAR EN CASA

5. ¿CUAL ES EL INGRESO MENSUAL QUE PERCIBE?
 MENOS DE \$1000 \$1000 A \$1500 \$1500 A \$2000 \$2000 A \$3000 MÁS DE \$3000

¿ESTÁ AFILIADO(A) A ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL?
 IMSS ISSSTE GOBIERNO DEL ESTADO OTRO _____

¿ESTADO CIVIL?
 SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE DIVORCIADO

2 DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

NOMBRE (S): _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

SEXO: H M EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ PARENTESCO: _____ CURP: _____

1. ¿TIENE CARTILLA DE VACUNACIÓN?
 SI NO

2. ¿HA ASISTIDO A UN CENTRO DE CUIDADO?
 SI NO ¿CUÁNTO TIEMPO?
 5 MESES 1 AÑO 2 AÑOS 3 AÑOS

3. ¿LA NIÑA O EL NIÑO REALIZA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES?
 CAMINAR HABLAR FORMAR ORACIONES SOCIALIZAR TOMAR OBJETOS Y AVENTARLOS TOMAR UN LÁPIZ SIN SOLTARLO

4. SAZOGOS FÍSICOS DE LA NIÑA O EL NIÑO
 PESO: _____ kg TALLA: _____ cm COLOR DE CABELLO: _____ COLOR DE OJOS: _____ COLOR DE PIEL: _____ SEÑA PARTICULAR: _____

3 SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

Por medio de la presente manifiesto de manera personal y directa que mis datos son correctos, por lo que solicito mi incorporación al programa antes señalado, ya que cumplo con los requisitos establecidos en la normatividad aplicable, misma a la que me obligo a dar cumplimiento. Asimismo, manifiesto de manera libre e informada mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, autorizando expresamente su inclusión en la información que determine la Dependencia Federal correspondiente.

FECHA: _____

GOBIERNO DE MÉXICO BIENESTAR

ID MADRE / PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____ INCORPORACIÓN

NOMBRE (S): _____ PATERNO: _____ MATERNO: _____

PROGRAMA DE APOYO PARA EL BIENESTAR DE NIÑAS Y NIÑOS, HIJOS DE MADRES TRABAJADORAS

BENEFICIARIO(A)

*ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR ACTUALIZADA Y DOCUMENTO QUE ACREDITE EL PARENTESCO.
 *EN CASO DE DISCAPACIDAD INCORPORAR A LA PENSION PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.