



Municipio De Mineral Del Chico, Hgo.

2020 -2024



# MINERAL DEL CHICO

**FORMATO PARA TRAMITES DE LOS PROGRAMAS  
FEDERALES DE PROGRAMAS SOCIALES 2023 ADULTO  
MAYOR, BECAS BENITO JUAREZ Y SEGURO DE VIDA  
DE JEFAS DE FAMLIA”**



# Municipio De Mineral Del Chico, Hgo.

2020 -2024



**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

COORDINACIÓN NACIONAL  
DE BECAS PARA EL BIENESTAR  
**BENITO JUÁREZ**

FOLIO FICHA XXXXXXXXXXXX

|        |                     |                    |
|--------|---------------------|--------------------|
| ESTADO | MUNICIPIO/LOCALIDAD | FECHA DE SOLICITUD |
|        |                     | DIA MES AÑO        |

## FICHA DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE BECAS DE EDUCACIÓN BÁSICA PARA EL BIENESTAR BENITO JUÁREZ

- CORRECCIÓN/ACTUALIZACIÓN DATOS PERSONALES/ESCOLARES
  CAMBIO DE TUTOR
  ALTA DE ALUMNO/TUTOR
  BAJA DE ALUMNO/TUTOR
  REPOSICIÓN DE MEDIO

INSTRUCCIONES: LLENA CUIDADOSAMENTE TODOS LOS DATOS DE LA SECCIÓN "DATOS DEL BECARIO Y TUTOR" DE MANERA CORRECTA. MARCA EN LA SECCIÓN DEL TRAMITE QUE REQUIERE LA TUTORIA DE ESTA MANERA  PARA IDENTIFICAR EL TRAMITE.

\* EN LAS SECCIONES DE LAS SOLICITUDES SE DEBEN REQUISITAR TODOS LOS CAMPOS OBLIGATORIOS

|   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <b>DATOS DEL BECARIO</b>  |                                      | <b>FOLIO PROGRAMA</b>  | <input type="checkbox"/> CORRECCIÓN DE DATOS PERSONALES          |
| * PRIMER APELLIDO   |                                      | * SEGUNDO APELLIDO   | * NOMBRE(S)  |
| * CURP  |                                      | <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO<br><input type="radio"/> DOCUMENTO MIGRATORIO<br><input type="radio"/> CURP PASAPORTE |  |
| DIA   | MES                                  | AÑO  | H M  |
| * FECHA DE NACIMIENTO   |                                      | * SEXO   | * ESTADO DE NACIMIENTO   |
| <b>DATOS DE LA ESCUELA</b>  |                                      | <input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN/ CORRECCIÓN DE DATOS ESCOLARES   |  |
| * CLAVE DE LA ESCUELA   | MATRICULA ESCOLAR                    |  | Copia del documento que se cotiza y entrega:                     |
| * NIVEL ESCOLAR: <input type="checkbox"/> PREESCOLAR <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA  | * GRADO QUE CURSA: 1º 2º 3º 4º 5º 6º |  | <input type="radio"/> DOCUMENTO VALIDADO POR EL SECTOR EDUCATIVO |
| <b>DATOS DEL TUTOR / NUEVO TUTOR</b>  |                                      | <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TUTOR   |  |
| * PRIMER PATERNO  | * SEGUNDO APELLIDO                   | * NOMBRE(S)  | * ESTADO DE NACIMIENTO   |
| * CURP  | * SEXO: H M                          |  | Copia del documento que se cotiza y entrega:                     |
| DIA   | MES                                  | AÑO  | H M  |
| * FECHA DE NACIMIENTO   | * PARENTESCO CON BECARIO(S)          | * TELEFONO FIJO O CELULAR  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO:   |                                      |  |  |
| <input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO<br><input type="radio"/> DOCUMENTO MIGRATORIO<br><input type="radio"/> INE<br><input type="radio"/> CURP<br><input type="radio"/> CARTILLA MILITAR<br><input type="radio"/> PASAPORTE<br><input type="radio"/> CONSTANCIA DE AUTORIDAD LOCAL |                                      |  |  |

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

|   |   |  |                           |   |
|---|---|--|---------------------------|---|
| <b>EDUCACIÓN</b><br>SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA   | <b>COORDINACIÓN NACIONAL DE BECAS PARA EL BIENESTAR BENITO JUÁREZ</b> | <b>ACUSE DE FICHA DE ATENCIÓN CNBBBJ</b> | <b>FECHA DE SOLICITUD</b> | <b>BENEFICIARIO</b>                                   |
| FOLIO: XXXXX  |   | DIA MES AÑO                              |                           |   |
| <input type="checkbox"/> CORRECCIÓN/ACTUALIZACIÓN DATOS PERSONALES/ESCOLARES <input type="checkbox"/> CAMBIO DE TUTOR <input type="checkbox"/> ALTA DE ALUMNO/TUTOR <input type="checkbox"/> BAJA DE ALUMNO/TUTOR <input type="checkbox"/> REPOSICIÓN DE MEDIO  |   | DATOS DEL TUTOR <b>FOLIO PROGRAMA</b>    |                           | NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA SOLICITUD |
| * PRIMER APELLIDO   | * SEGUNDO APELLIDO  | * NOMBRE(S)                              |                           |   |
| <p>"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa"</p> <p>* Los datos personales están protegidos y solo serán utilizados para tareas relacionadas con la operación del Programa, de acuerdo a las Reglas de Operación y de los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el INAL."</p> |   |  |                           |   |



# Municipio De Mineral Del Chico, Hgo.

2020 -2024



GOBIERNO DE MÉXICO

BIENESTAR

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN



PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA

- SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
- ACEPTACIÓN DE BENEFICIARIOS
- CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
- RESPONSABLE ADICIONAL
- CAMBIO DE DOMICILIO
- CAMBIO DE RESPONSABLE
- ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Revisa los datos del posible beneficiario, completa datos faltantes o corrígelos y marca el recuadro blanco así  si son correctos o así  si hay que corregirlos.

### 1 DATOS DE RESPONSABLE

|   |         |   |               |  |  |
|---|---------|---|---------------|--|--|
| PROGRAMA  |         | PROGRAMA  |               | ÁREA   |  |
| ESTADO  |         | MUNICIPIO   |               | REGIÓN   |  |
| NOMBRE (S)  |         | APELLIDO PATERNO                                  |               | APELLIDO MATERNO   |  |
| NOMBRE (S)  |         | APELLIDO PATERNO                                  |               | APELLIDO MATERNO   |  |
| SEXO  | EDAD    | FECHA DE NACIMIENTO                               | CURP          | FECHA DE ALTA  |  |
| (H) (M)   | EDAD    | FECHA DE NACIMIENTO                               | CURP          | FECHA DE ALTA  |  |
| CLAVE DE ELECTOR                                  | CALLE   | # EXT   | # INT         | MZ/LOTE  |  |
| CLAVE DE ELECTOR                                  | CALLE   | # EXT   | # INT         | MZ LOTE  |  |
| C.P.  | COLONIA | LOCALIDAD   | TELÉFONO FIJO |  |  |
| C.P.  | COLONIA | LOCALIDAD   | TELÉFONO Fijo |  |  |
| 1. ¿PERTENECE A ALGÚN PUEBLO INDÍGENA?            |         | 2. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?                 |               | 3. NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS  |  |
| <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |         | <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |               | <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA O BACHILLERATO<br><input type="checkbox"/> CARRERA TÉCNICA <input type="checkbox"/> LICENCIATURA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |  |
| ¿CUÁL?  |         | ¿CUÁL?  |               |  |  |

### EN CASO DE DEFUNCIÓN DE LA MADRE

|                    |                    |                         |
|--------------------|--------------------|-------------------------|
| FECHA DE DEFUNCIÓN | CAUSA DE DEFUNCIÓN | FOLIO ACTA DE DEFUNCIÓN |
| DÍA MES AÑO        |                    |                         |

### 2 HIJAS E HIJOS DE HASTA 23 AÑOS

|   | NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | CURP | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | NIVEL DE NACIMIENTO | ESCOLARIDAD |
|---|------------|------------------|------------------|------|------|---------------------|---------------------|-------------|
| 1 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 2 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 3 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 4 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 5 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 6 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |

### CORRECCIÓN DE DATOS DE HIJAS E HIJOS

|   | NOMBRE (S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | CURP | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | NIVEL DE NACIMIENTO | ESCOLARIDAD |
|---|------------|------------------|------------------|------|------|---------------------|---------------------|-------------|
| 1 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 2 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 3 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 4 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 5 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |
| 6 |            |                  |                  |      |      |                     |                     |             |



# Municipio De Mineral Del Chico, Hgo.

2020 -2024



GOBIERNO DE MÉXICO
BIENESTAR

ESTADO:  REGIÓN:  FOLIO:

**FORMATO ÚNICO DE BIENESTAR**

TRÁMITE:  SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  AUXILIAR  BAJA  PAGO DE MARCHA  CORRECCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS  REVISIÓN DE DATOS EN PADRÓN  MEDIO DE COBRO

FECHA:

ID ÚNICO:

**PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES**

**PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**1 DATOS DE BENEFICIARIO (A)**

PROGRAMA:

ESTADO:  REGIÓN:  MUNICIPIO:  ÁREA:

NOMBRE (S):  PATERNO:  MATERNO:

EDAD:  FECHA DE NACIMIENTO:  ESTADO DE NACIMIENTO:  TEL. Fijo:  CELULAR:

CLAVE DE ELECTOR:

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

REFERENCIA 1:

¿PERTENECE A UN PUEBLO INDÍGENA?  SI  NO ¿CUÁL?:  ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA?  SI  NO ¿CUAL?:

**2 AUXILIAR**  ALTA  CAMBIO  BAJA **\* EL BENEFICIARIO LO REQUIERE O ES MENOR DE EDAD.**

NOMBRE (S):  PATERNO:  MATERNO:

CLAVE DE ELECTOR:

EDAD:  FECHA DE NACIMIENTO:  ESTADO DE NACIMIENTO:  TELÉFONO Fijo:  CELULAR:

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

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <b>PARIENTESCO</b><br><input type="radio"/> MADRE<br><input type="radio"/> PADRE<br><input type="radio"/> ABUELO/A<br><input type="radio"/> TIO/A<br><input type="radio"/> HERMANO/A (BB-)<br><input type="radio"/> HUGO/A (HH-) | <b>JURISDICCIÓN</b><br><input type="radio"/> ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO<br><input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE  | <b>TUTORÍA</b><br><input type="radio"/> CASA HOGAR, C. L. A. P.<br><input type="radio"/> DOCUMENTOS<br><input type="radio"/> CONSTANCIA DE NUNCA FUE TUTORADO<br><input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE | <b>PARIENTESCO</b><br><input type="radio"/> TUTOR/A<br><input type="radio"/> SENTENCIA O ACTA DE TUTOR | <b>DOCUMENTOS</b><br><input type="radio"/> SENTENCIA O ACTA DE TUTOR<br><input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE                           |
| <b>PARIENTESCO</b><br><input type="radio"/> AMIGO/A, PADRINO, MADRINA, VECINO/A  | <b>DOCUMENTOS</b><br><input type="radio"/> CARTA COMPROBANDO SOLIDARIDAD E FIRMA POR DOS TESTIGOS<br><input type="radio"/> TESTIGOS<br><input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE | <b>UNIÓN LIBRE</b><br><input type="radio"/> ESPOS/A<br><input type="radio"/> CONCUBINO/A<br><input type="radio"/> UNIÓN LIBRE  | <b>PARIENTESCO</b><br><input type="radio"/> ADOPCIÓN   | <b>DOCUMENTOS</b><br><input type="radio"/> SENTENCIA<br><input type="radio"/> ACTA DE ADOPCIÓN<br><input type="radio"/> CREDENCIAL DE ELECTOR DEL RESPONSABLE |

**3 SOLICITUD**

Permitido de la presente manifiesto de mi voluntad personal y directa que mis datos son correctos, así lo que soy o fui responsable del programa antes señalado, porque cumplo con los requisitos establecidos en el manual de aplicación y normas a que me obligo de cumplimiento. Asimismo, manifiesto de mi voluntad de no haber sido beneficiario de ningún otro programa de esta Secretaría, sustrayendo expresamente mi inclusión en el padrón que determine a la Dependencia (Federal) correspondiente.

FIRMA:

ESTADO:  REGIÓN:  FOLIO:

TRÁMITE:  SOLICITUD DE INCORPORACIÓN  AUXILIAR  BAJA  PAGO DE MARCHA  CORRECCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS  REVISIÓN DE DATOS EN PADRÓN  MEDIO DE COBRO

ID ÚNICO:

FECHA:

**PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LOS ADULTOS MAYORES**

**PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

NOMBRE (S):  PATERNO:  MATERNO:

\*ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR ACTUALIZADA. \*EN CASO DE DISCAPACIDAD ANEXAR COPIA DE CERTIFICADO.

SECRETARÍA DE BIENESTAR

BENEFICIARIO(A)