

MINERAL DEL CHICO



Mineral del Chico
PARA SEGUIR AVANZANDO
2016 - 2020

TRAMITES:

PROGRAMAS SOCIALES

"PROGRAMA: "BECAS PARA EL BIENESTAR BENITO JUÁREZ"

REQUISITOS PARA EL PRE-REGISTRO

MINERAL DEL CHICO

ADMINISTRACIÓN 2016-2020



Criterios y Requisitos de elegibilidad

Requisitos	
<p>Que la madre, padre solo o tutor esté trabajando, buscando empleo o estudiando.</p> <p>No contar con el servicio de cuidado y atención infantil, a través de instituciones públicas de seguridad social u otros medios</p>	<p>1. Identificación oficial vigente en original. (En caso de ser menor de edad presentar pasaporte o acta de nacimiento) o carta de identidad emitida por el Municipio;</p> <p>2. CURP (Clave Única de Registro de Población) de la madre, padre solo o tutor en original.</p>
	<p>3. Comprobante de Domicilio actualizado en original;</p> <p>4. Presentar documento de estado laboral o académico como se detalla a continuación:</p> <p>En caso de estar trabajando, se deberá presentar un documento expedido por la empresa o el patrón al cual se presta su servicio.</p> <p>En caso de estar estudiando, se deberá presentar una constancia de estudios emitida por la institución en la que estudia.</p> <p>En caso de estar buscando empleo, deberá entregar copia de solicitud(es) de empleo entregada(s).</p> <p>5. Cartas de no afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las cuales podrán tramitarse e imprimirse desde el portal de internet correspondiente a cada Institución, (se excluye de este requisito a los tutores).</p>
<p>3. Ser madre, padre solo o tutor de una niña o niño de entre 1 año hasta un día antes de cumplir los 4 años de edad.</p> <p>4. Ser madre, padre solo o tutor de una niña o niño con discapacidad de entre 1 año hasta un día antes de cumplir los 6 años de edad.</p>	<p>6. Acta de nacimiento de cada niña(o) que solicita inscribir en original.</p> <p>7. Clave Única de Registro de Población (CURP) de cada niña(o) en original.</p> <p>8. Cuando la discapacidad no sea visible para el personal de apoyo de la Secretaría, se requerirá certificado médico original emitido por alguna Institución Pública del Sector Salud o por médico con cédula profesional, especialista en el tipo de discapacidad.</p>

SOLICITUD DE REGISTRO



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A PROGRAMAS DE DESARROLLO

- NO SE LOCALIZÓ Y SE DEJO RECADADO
- NO ES EL DUEÑO, LICENCIARIO, TITULAR
- FALLECIDO

FECHA DE VENTA

____/____/____
DÍA MES AÑO



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

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

1 DATOS DEL TITULAR

PROGRAMA: _____ DIRECCIÓN: _____

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ REGIÓN: _____

TELEFONO: _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____

NOMBRE (S): _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____

SEXO: M F EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLAVE: _____ FECHA DE ALTA: _____

CLAVE DE ELECTOR: _____ CLAVE: _____ A EXI: _____ INT: _____ MZ: _____ LOT: _____

CLAVE DE P. TITULAR: _____ CALLE: _____ A EXI: _____ INT: _____ MZ: _____ LOT: _____

CP: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ TELEFONO FIC: _____ COLONIA: _____

CE: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ TELEFONO FIC: _____ CP: _____

NO. IDENTIFICACIONES: REFERENCIA 1: _____ REFERENCIA 2: _____ REFERENCIA 3: _____

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

2 DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO

1 ID NIÑA/O: _____ NOMBRE (S): _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

UNIDAD: _____ NOMBRE (S): _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____ (H) (M) (E) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLAVE: _____ FECHA DE ALTA: _____ DISCAPACIDAD: _____ INVENTOS: _____ MONTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLAVE: _____ FECHA DE ALTA: _____ DISCAPACIDAD: _____ INVENTOS: _____ MONTO: _____

2 ID NIÑA/O: _____ NOMBRE (S): _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

ID NIÑA/O: _____ NOMBRE (S): _____ PATRNO: _____ MATE'NO: _____ (H) (M) (E) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLAVE: _____ FECHA DE ALTA: _____ DISCAPACIDAD: _____ INVENTOS: _____ MONTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLAVE: _____ FECHA DE ALTA: _____ DISCAPACIDAD: _____ INVENTOS: _____ MONTO: _____

¿CUENTA CON EL SERVICIO DE ESTANCIA INFANTIL? SI NO ¿SE ENCUENTRA EN LISTA DE ESPERA? SI NO

3 DATOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL AL QUE ACUDE

CLAVE DE CENTRO: _____ NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL: _____ RESPONSABLE: _____ TELEFONO: _____

CLAVE DE CENTRO: _____ NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL: _____ RESPONSABLE: _____ TELEFONO: _____

CON IT: _____ A EXI: _____ INT: _____ MZ: _____ LOT: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____

CALLE: _____ A EXI: _____ INT: _____ MZ: _____ LOT: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____

MINERAL DEL CHICO

ADMINISTRACIÓN 2016-2020

