

Solicitud de inscripción o reinscripción a la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas (PNB)		
Lugar de solicitud (institución o dependencia donde se gestionó la beca)		Fecha de la solicitud
Foto	Señale la opción que corresponda: <input type="radio"/> _Nuevo Ingreso. <input type="radio"/> _Reinscripción.	
Datos Generales del Solicitante		
CURP.	Teléfono fijo	Teléfono Celular
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Fecha de Nacimiento:	Entidad de Nacimiento:	
Lengua materna:	Segunda lengua:	
Correo electrónico:	Fecha de alta a la beca (Para ser llenado por la Coordinación Estatal)	
Sistema escolar en el que se encuentra inscrita (marca una opción)	Situación actual (marca la o las opciones que correspondan)	
<input type="radio"/> Escolarizado <input type="radio"/> No escolarizado	<input type="radio"/> Embarazada <input type="radio"/> Madre	
Favor de anotar en el siguiente cuadro el nombre y edad de tu(s) hija (s) o hijo (s)		
	Nombre(s)	Edad(es)
Hijo 1		años
Hijo 2		años
Hijo 3		años
Hijo 4		años
Hijo 5		años
Recibe apoyos del Programa PROSPERA de la SEDESOL: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿A qué institución asistes cuando tiene problemas de salud? (marca una opción)		
<input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> Centro de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?		
¿Cuál es su ocupación actual? (marca la o las opciones que correspondan)		
<input type="radio"/> Labores en el hogar <input type="radio"/> Trabajo y recibo un salario <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?		
¿Cómo te enteraste de la beca? (marca una opción)		
<input type="radio"/> Folleto de Información <input type="radio"/> Personal de la escuela <input type="radio"/> Medios electrónicos ¿Cuál (es)? <input type="radio"/> Cartel de difusión <input type="radio"/> Comentarios de un conocido <input type="radio"/> Personal del Centro de Salud <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?		
Estado Civil (marca una opción)		
<input type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Viuda		

Domicilio de la solicitante			
Tipo de ubicación (marca una opción) <input type="radio"/> Zona urbana <input type="radio"/> Zona rural <input type="radio"/> Vías de comunicación			
Llenar sólo para tipos de domicilio urbano o rural			
Nombre de la calle:		Nombre de la colonia:	
Número exterior:	Número interior:	Código Postal:	
Estado:		Municipio o Delegación:	
Localidad:	Entre qué calles:		
Descripción de la ubicación (Entre Vialidades)			
Llenar sólo para tipos de domicilio "Vías de comunicación"			
Marca la opción que corresponda:			
<input type="radio"/> Carretera	<input type="radio"/> Brecha	<input type="radio"/> Camino	<input type="radio"/> Terracería <input type="radio"/> Vereda <input type="radio"/> Otro
Estado:		Municipio:	
Localidad:		Nombre de la vialidad:	
Tipo de asentamiento (ver catálogo):		Nombre del asentamiento:	
Llenar sólo en caso de que el tipo de vialidad sea carretera			
Nombre de la carretera:			
Tipo de administración (abrir opciones) <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Particular			
Tipo de derecho de tránsito (abrir opciones) <input type="radio"/> Libre <input type="radio"/> Cuota			
Descripción de la ubicación (Entre vialidades):			
Datos académicos de la solicitante			
¿Habías abandonado sus estudios? (marca una opción) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Fecha que reingreso al servicio educativo después de abandonar tus estudios:			
¿Qué te motivó para retomar tus estudios? <input type="radio"/> La beca <input type="radio"/> Otro motivo ¿Cuál?			
¿Cuál es tu promedio académico del último grado cursado?:			
Llenar únicamente para becarias del sistema escolarizado			
Nivel y grado que cursa actualmente:			
Nivel : <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria			
Grado: <input type="radio"/> 1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/> 4° <input type="radio"/> 5° <input type="radio"/> 6°			
Institución educativa donde estás inscrita actualmente:			
<input type="radio"/> Primaria General <input type="radio"/> Primaria indígena <input type="radio"/> Primaria comunitaria <input type="radio"/> Secundaria General <input type="radio"/> Secundaria Técnica <input type="radio"/> Secundaria comunitaria <input type="radio"/> Secundaria para trabajadores <input type="radio"/> Telesecundaria			
Clave y nombre de la escuela donde cursas tus estudios:			

Llenar únicamente para becarias del sistema no escolarizado										
Nivel que cursas actualmente										
Nivel	<input type="radio"/>	Inicial (alfabetización)	<input type="radio"/>	Intermedio (primaria)	<input type="radio"/>	Avanzado (secundaria)				
Institución que ofrece el servicio:	<input type="radio"/>	INEA	<input type="radio"/>	CEDEX	<input type="radio"/>	IEEA	<input type="radio"/>	SEA	<input type="radio"/>	Misiones culturales
	<input type="radio"/>	Otro ¿Cuál?								
Coordinación de la zona donde cursas tus estudios:										
Número de módulos que te faltan por cursar, para terminar el nivel de alfabetización, primaria y/o secundaria según sea el caso:										
Anota tu Registro Federal Escolar:										
Por favor lee cuidadosamente y si estás de acuerdo firma, "Autorizo a Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas para que haga seguimiento académico individual"										
Nombre y firma										
Datos familiares y socioeconómicos										
¿De quién dependes económicamente? (marca la o las opciones) Parentesco:										
<input type="radio"/>	Padre	<input type="radio"/>	Madre	<input type="radio"/>	Mi sueldo	<input type="radio"/>	Cónyuge	<input type="radio"/>	Otro ingreso mensual	
Ingreso mensual familiar (suma los ingresos de todos los que contribuyen y marca una opción)										
<input type="radio"/>	De \$73 a \$2,191	<input type="radio"/>	De \$2,192 a \$4,382	<input type="radio"/>	De \$4,383 a \$6,573	<input type="radio"/>	De \$6,574 en adelante			
Integrantes de la familia que viven en la misma casa										
Parentesco	Nombre completo		Nivel de estudios		Ocupación					
Padre										
Madre										
Cónyuge										
Tutor										
Hijo o hijos	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
Otro. Especificar										
¿De cuántas habitaciones consta la vivienda donde habita sin contar el baño?(marca una opción)										
<input type="radio"/>	Uno	<input type="radio"/>	Dos	<input type="radio"/>	Tres	<input type="radio"/>	4 o más			
¿En promedio cuántas personas duermen en cada habitación?(marca una opción)										
<input type="radio"/>	Uno	<input type="radio"/>	Dos	<input type="radio"/>	Tres	<input type="radio"/>	4 o más			
¿De qué está hecho la mayor parte de tu piso? (marca una opción)										
<input type="radio"/>	Tierra	<input type="radio"/>	Firme de Cemento	<input type="radio"/>	Otro material					
¿Cuentas con estos servicios dentro de tu casa? (selecciona la opción u opciones que correspondan)										
Agua entubada	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	Energía eléctrica	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	
Drenaje	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	Sanitario exclusivo para la familia	<input type="radio"/>	Si	<input type="radio"/>	No	

¿Recibes ayuda económica o en especie de alguna institución? (marca una opción)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Pública	<input type="radio"/> Privada o social
Tipo de ayuda y nombre de la institución que la otorga:			
¿Tienes alguna discapacidad? (marca una opción)		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
		Anota el nombre de la discapacidad:	
Documentos cotejados que se anexan a la solicitud			
	¿Se cotejó con el original?	¿Se anexa copia?	
Fotografías de la solicitante			
CURP de la solicitante			
Acta de nacimiento de la solicitante			
Comprobante de domicilio o carta de vecindad o residencia proporcionada por la autoridad local de la solicitante			
Original y copia del acta de nacimiento de su(s) hijo(s) hija(s) o el certificado de alumbramiento (en tanto se obtiene el acta de nacimiento correspondiente). Si se encuentra en estado de gravidez y aún no tiene hijas, hijos o la constancia de embarazo expedida por la unidad de salud, clínica u hospital público, que señale la fecha probable de alumbramiento.			
Comprobante de ingresos propios o de la persona que depende la solicitante, correspondiente al último mes anterior al de la solicitud o, en su caso, escrito en el que manifieste bajo protesta de decir verdad, las razones por las que no le es posible presentar la documentación anterior ni definir los ingresos económicos familiares.			
Constancia de inscripción, expedida por la institución donde realiza sus estudios. En caso de ser de primer ingreso presentar el certificado de estudios del tipo educativo inmediato anterior.			
<p>*Sin la presentación de estos documentos no se recibirá la solicitud. "Este Programa es público ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa". Cualquier irregularidad, queja, denuncia, sugerencia o reconocimiento de la ciudadanía en general se captará en: las entidades federativas re- curriendo a los domicilios de las Autoridades Educativas locales, las Contralorías o equivalentes estatales. A nivel central, a través del Órgano Interno de Control de la SEP, al teléfono 36 01 86 53 (Ciudad de México), o desde los estados al 01 800 22 88 368. También podrá realizarse vía telefónica a la Secretaría de la Función Pública, SACTEL, al 20 00 20 00 en la Ciudad de México, o desde el interior al 01 800 386 24 66; o a los teléfonos de la SEP, TELSEP: 01.55.36.01.75.99 o al 01.800.288 66 88 (Lada sin costo). En las oficinas de la SEP, ubicadas en Fray Servando Teresa de Mier no. 127, Col. Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06080, México, Ciudad de México, Tel.01 (55) 36 01 10 00 Ext. 68095 o 68108. Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que los datos proporcionados son correctos y pueden ser verificados en cualquier momento. Estoy enterada que el trámite de esta solicitud no implica el otorgamiento automático de la beca.</p>			
Fecha y Firma de la solicitante			
<p>La información que se proporciona en esta solicitud al contener datos que hacen identificable a una persona, según La Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se considera como confidencial, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 18, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental que considera como información confidencial: "Los datos personales que requieran el consentimiento de los individuos para su difusión, distribución y comercialización"; la fracción II del artículo 3o. del ordenamiento en cita, define como datos personales a "toda aquella información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opciones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los estados de salud físicos o mentales, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad".</p>			
Para el llenado de la institución.			
Información adicional			
Nombre de la Institución y Funcionario autorizado que recibió la solicitud y cotejó la documentación entregada por la solicitante:			
Fecha y lugar de recepción de la solicitud	Original. Para la Instancia ejecutora estatal de la beca con los documentos cotejados. Copia 1. Para la becaria, con firma de recibido.		