

Solicitud para ser incorporada a Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (Promajoven)

Foto

Nuevo Ingreso

Reinscripción
(Señale con una X la opción que corresponda)

Fecha de Elaboración

Día	Mes	Año

I. DATOS PERSONALES:

Nombre:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

CURP

Anotar 18 caracteres

Fecha de nacimiento

Día	mes	año

Estado de nacimiento:

Fecha de alta al Promajoven:

Día Mes Año

Primera lengua en la que se comunica: _____

Segunda lengua en la que se comunica: _____

Sus padres hablan alguna lengua indígena: Sí ¿Cuál? _____ No

Sistema escolar en el que está inscrita (marque con una X)

Escolarizado
 No escolarizado
 Mixto

Situación actual

Embarazada
 Madre

Estado Civil (marque con una X)

Soltera
Unión libre
Casada

Divorciada
Separada
Con pareja

¿A qué institución asiste cuando tiene problemas de salud? (marque con una X)

IMSS
ISSSTE
Centro de salud
Seguro Popular

Seguro Popular
Ninguno
Otro

Nombre del asentamiento: _____

Únicamente cuando el tipo de ubicación es zona rural o zona urbana: (marque con una X)

Ampliación	<input type="checkbox"/>	Cerrada	<input type="checkbox"/>	Peatonal	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>	Circuito	<input type="checkbox"/>	Periférico	<input type="checkbox"/>
Avenida	<input type="checkbox"/>	Continuación	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
Boulevard	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Prolongación	<input type="checkbox"/>
Calle	<input type="checkbox"/>	Retorno	<input type="checkbox"/>	Retorno	<input type="checkbox"/>
Callejon	<input type="checkbox"/>	Eje vial	<input type="checkbox"/>	Viaducto	<input type="checkbox"/>
Calzada	<input type="checkbox"/>	Pasaje	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nombre de la vialidad: _____

Llenar únicamente cuando el tipo de ubicación es zona rural o zona de comunicación: (marque con una X)

Carretera Brecha, Camino, Terracería, Vereda

Entre que calles se encuentra ubicado el domicilio (tipo y nombre) (marque con una X)

1. Tipo de vialidad (primera calle)

Ampliación	<input type="checkbox"/>	Cerrada	<input type="checkbox"/>	Peatonal	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>	Circuito	<input type="checkbox"/>	Periférico	<input type="checkbox"/>
Avenida	<input type="checkbox"/>	Continuación	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
Boulevard	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Prolongación	<input type="checkbox"/>
Calle	<input type="checkbox"/>	Diagonal	<input type="checkbox"/>	Retorno	<input type="checkbox"/>
Callejón	<input type="checkbox"/>	Eje vial	<input type="checkbox"/>	Viaducto	<input type="checkbox"/>
Calzada	<input type="checkbox"/>	Pasaje	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nombre de la vialidad (nombre de la calle): _____

2. Tipo de vialidad (segunda calle) (marque con una X)

Ampliación	<input type="checkbox"/>	Cerrada	<input type="checkbox"/>	Peatonal	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>	Circuito	<input type="checkbox"/>	Periférico	<input type="checkbox"/>
Avenida	<input type="checkbox"/>	Continuación	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
Boulevard	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Prolongación	<input type="checkbox"/>
Calle	<input type="checkbox"/>	Diagonal	<input type="checkbox"/>	Retorno	<input type="checkbox"/>
Callejón	<input type="checkbox"/>	Eje vial	<input type="checkbox"/>	Viaducto	<input type="checkbox"/>
Calzada	<input type="checkbox"/>	Pasaje	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nombre de la vialidad (nombre de la segunda calle): _____

3. Tipo de vialidad de la calle de atrás de la casa.

Ampliación	<input type="checkbox"/>	Cerrada	<input type="checkbox"/>	Peatonal	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>	Circuito	<input type="checkbox"/>	Periférico	<input type="checkbox"/>
Avenida	<input type="checkbox"/>	Continuación	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
Boulevard	<input type="checkbox"/>	Corredor	<input type="checkbox"/>	Prolongación	<input type="checkbox"/>
Calle	<input type="checkbox"/>	Diagonal	<input type="checkbox"/>	Retorno	<input type="checkbox"/>
Callejón	<input type="checkbox"/>	Eje vial	<input type="checkbox"/>	Viaducto	<input type="checkbox"/>
Calzada	<input type="checkbox"/>	Pasaje	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Nombre de la vialidad de atrás de la casa:

Descripción del lugar:

III. DATOS ACADEMICOS DE LA SOLICITANTE

¿Usted había abandonado sus estudios? (marque con una X)

Si

No

¿Por qué abandono sus estudios?

Necesidad de trabajar

Embarazo/Maternidad

Falta de oportunidades y de oferta educativa

Otro ¿Cuál? _____

Fecha que reingreso a al servicio educativo después de abandonar sus estudios:

Día Mes Año

¿Qué le motivó para retomar sus estudios?

La beca Promajoven

Otro motivo cuál? _____

Promedio académico de último grado cursado: _____

Llenar únicamente para becarias del Sistema Escolarizado

Nivel: Primaria Secundaria
1ro 2do 3ro 4to 5to 6to

Institución educativa donde está inscrita actualmente:

Primaria general	<input type="checkbox"/>	Secundaria para trabajadores	<input type="checkbox"/>
Primaria indígena	<input type="checkbox"/>	Secundaria comunitaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria general	<input type="checkbox"/>	Telesecundaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria técnica	<input type="checkbox"/>		

Clave y nombre de la escuela donde cursa tus estudios:

Llenar únicamente para becarias del Sistema no Escolarizado

Nivel: Inicial (alfabetización) Intermedio (primaria) Avanzado (secundaria)

INEA	<input type="checkbox"/>	CEDEX	<input type="checkbox"/>
IEEA	<input type="checkbox"/>	SEA	<input type="checkbox"/>
CEBAS	<input type="checkbox"/>	Misiones culturales	<input type="checkbox"/>

Número y/o coordinación de la zona donde cursa sus estudios:

Número de módulos que le faltan por cursar, para terminar el nivel de alfabetización, primaria y/o secundaria según sea el caso:

Anote su Registro Federal de Educanda: _____

Por favor lea y si está de acuerdo firme;

“Autorizó a Promajoven para que haga seguimiento académico individual”

Nombre y Firma

IV. DATOS FAMILIARES Y SOCIOECONOMICOS

¿De quién depende económicamente?: (marque con una X)

Parentesco

Padre
Madre
Ambos padres
Mi sueldo
Cónyuge
Otros

Ingreso mensual familiar
(sume los ingresos de todos los que contribuyen
y marque con una X)

De \$1 a \$1,517
De \$1,518 a \$3,304
De \$3,305 a \$4,551
De \$4,552 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			
Otros			

En promedio, ¿cuántas personas duermen en la habitación? (marque con una X)

Una o dos

Tres o más

¿De qué está hecho la mayor parte de su piso? (marque con una X)

Tierra

Firme de cemento

Otro material

¿Cuenta con estos servicios dentro de su casa? (marque con una X la opción que corresponde)

	Si	No
Agua entubada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energía eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drenaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitario exclusivo para la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Recibe ayuda económica o en especie de alguna institución? (marque con una X)

Sí No

Publica Privada

Tipo de ayuda y nombre de la institución que la otorga:

¿Tiene alguna discapacidad? (marque con una X) Sí No

Anote el nombre de la discapacidad:

Documentos cotejados que se anexan a la solicitud

	¿Se cotejó con el original?	¿Se anexa copia?
Acta de nacimiento de la solicitante		
CURP de la solicitante		
Acta de nacimiento de su hijo(a) o		
Comprobante de ingresos propios o de la persona que depende		
Comprobante de inscripción en algún sistema educativo público*		

* 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 recurriendo 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, D.F., Tel.01 (55) 36 01 10 00 Ext. 68095 ó 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.

Fecha y Firma de la Solicitante

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 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 característica física, moral o emocional, 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".

V. 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.