

Solicitud de inscripción o reinscripción al Programa Beca de Apoyo de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas de Nivel Medio Superior (Bachillerato)			
Lugar de solicitud (Institución o dependencia donde se gestiona la beca)		Fecha de la solicitud	
		DD	MM AAAA
Foto	Señalar la opción que corresponda: <input type="radio"/> Nuevo Ingreso <input type="radio"/> Reinscripción		
Datos generales de la solicitante			
CURP		Teléfono fijo	Teléfono Celular
Nombre (s):		Primer apellido:	Segundo apellido:
Fecha de Nacimiento		Edad	Entidad de Nacimiento:
DD MM AAAA			
Lengua materna:		Segunda lengua:	
Correo electrónico:		Fecha de alta a la beca: DD MM AAAA (Para ser llenado por la Coordinación Estatal)	
Situación actual (marcar la o las opción que correspondan)			
<input type="radio"/> Embarazada		<input type="radio"/> Madre	
(fecha de alumbramiento) DD ____ MM ____ AAAA			
Favor de anotar en el siguiente cuadro el nombre y edad de su(s) hija(s) o hijo(s)			
	Nombre(s)		Edad(es)
Hijo 1			años
Hijo 2			años
Hijo 3			años
Hijo 4			años
Recibe apoyos del Programa PROSPERA de la SEDESOL: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
¿A que institución asiste cuando tiene problemas de salud? (marcar 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? (marcar 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 se dio cuenta de la beca? (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Folleto de información <input type="radio"/> Personal de la escuela <input type="radio"/> Cartel de difusión <input type="radio"/> Personal del Centro de Salud <input type="radio"/> La radio <input type="radio"/> Medios electrónicos <input type="radio"/> Comentarios de un conocido <input type="radio"/> Otro ¿Cuál? ¿Cuál (es)			
Estado Civil (marcar 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			

Solicitud de inscripción o reinscripción al Programa Beca de Apoyo de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas de Nivel Medio Superior (Bachillerato)

Domicilio de la solicitante			
Tipo de ubicación (marcar una opción)		<input type="radio"/> Zona urbana	<input type="radio"/> Zona rural
		<input type="radio"/> Vías de comunicación	
Tipo de vialidad (marcar una opción)		<input type="radio"/> Avenida	<input type="radio"/> Boulevard
		<input type="radio"/> Calle	<input type="radio"/> Callejón
		<input type="radio"/> Privada	<input type="radio"/> Calzada
		<input type="radio"/> Prolongación	<input type="radio"/> Otro ¿Cuál?
Llenar sólo para tipos de domicilio urbano o rural			
Nombre de la vialidad:		Número exterior:	Número interior:
Entre que calles:			
Nombre de la colonia:		Municipio o Delegación:	
Estado:	Localidad:		Código Postal
Id_asentamiento		Id_localidad	
Descripción de la ubicación (entre vialidades)			
Llenar sólo para tipos de domicilio "Vías de comunicación"			
Marcar 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			
¿Había abandonado sus estudios? (marcar una opción)		<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
¿Cuál es su promedio académico del último grado cursado?:			
Fecha que reingreso al servicio educativo después de abandonar sus estudios			
	DD	MM	AAAA
¿Qué le motivó para retomar sus estudios?		<input type="radio"/> La beca	<input type="radio"/> Otro motivo ¿Cuál?
Sistema escolar en el que se encuentra inscrita (marcar una opción)			
<input type="radio"/>	Escolarizado	<input type="radio"/>	Semiescolarizado
<input type="radio"/>	No escolarizado	<input type="radio"/>	Otro ¿Cuál?
Grado y semestre que cursa actualmente:			
Grado:	<input type="radio"/> 1°	<input type="radio"/> 2°	<input type="radio"/> 3°
Semestre	<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 está inscrita actualmente:			
<input type="radio"/>	COBAEZ	<input type="radio"/>	CETiS
<input type="radio"/>	CONALEP	<input type="radio"/>	CBTa
<input type="radio"/>	CECyTEZ	<input type="radio"/>	Prepas UAZ
<input type="radio"/>	EMSAD	<input type="radio"/>	Prepa abierta



Solicitud de inscripción o reinscripción al Programa Beca de Apoyo de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas de Nivel Medio Superior (Bachillerato)			
<input type="radio"/> CBTis <input type="radio"/> Telebachillerato <input type="radio"/> Prepa Estatal <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?			
Clave y nombre de la escuela donde cursa sus estudios actualmente:			
Nombre:		C.C.T.	
<p>Por favor leer cuidadosamente y si está de acuerdo firmar.</p> <p>"Autorizo a la Coordinación Estatal del Programa Becas de Apoyo a Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas para que haga seguimiento académico individual"</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma</p>			
Datos familiares y socioeconómicos			
¿De quien depende económicamente? (marcar 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 (sumar los ingresos de todos los que contribuyen y marcar una opción)			
<input type="radio"/> De \$73 a\$2,191 <input type="radio"/> De \$2,191 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		Número de integrantes _____	
Parentesco	Nombre completo	Nivel de estudios	Ocupación
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Tutor			
Hijo o hijos	1.-		
	2.-		
	3.-		
	4.-		
Otro. Especificar			
Beneficiario: parentesco (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?			
Nombre completo (beneficiario)		Fecha de Nacimiento	
		DD	MM AAAA
Vivienda donde habita (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Rentada <input type="radio"/> Prestada <input type="radio"/> Otro ¿Cuál?			
¿De cuantas habitaciones consta la vivienda donde habita sin contar el baño? (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Uno <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> Cuatro o más			
¿En promedio cuántas personas duermen en cada habitación? (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Uno <input type="radio"/> Dos <input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> Cuatro o más			
¿De qué está hecho la mayor parte del piso de la vivienda? (marcar una opción)			
<input type="radio"/> Tierra <input type="radio"/> Firme de Cemento <input type="radio"/> Otro material			
¿Cuenta con estos servicios la vivienda? (marcar la o las opciones que correspondan)			
Agua entubada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Energía eléctrica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Internet <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Drenaje	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Teléfono fijo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Solicitud de inscripción o reinscripción al Programa Beca de Apoyo de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas de Nivel Medio Superior (Bachillerato)		
¿Recibe ayuda económica o en especie de alguna institución? (marcar una opción)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Pública	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Privada o social
Tipo de ayuda y nombre de la institución que la otorga:		
¿Tiene alguna discapacidad? (marcar una opción)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anotar 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 de 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 o aún no tiene hijas, hijos; 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". Los tramites y formatos son gratuitos. Ninguna persona deberá exigir pago alguno, ni condicionar la recepción de documentos y la obtención de la beca a cambio de actividades extraordinarias o de cualquier otra índole. Cualquier irregularidad, queja, denuncia, sugerencia o reconocimiento de la ciudadanía en general, comunicarse al TELSEDUZAC 01 (492) 92 3 96 00 Exts. 5190, 5192 y 5193, por medio de email: promajozac@hotmail.com y coordmanutencionzac@gmail.com, o en las oficinas de la SEDUZAC, ubicadas en Lateral López Portillo no. 305, Fraccionamiento Dependencias Federales, Guadalupe, Zac., C.P. 98618.</p> <p>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> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Fecha y Firma de la solicitante</p> <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 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>		



Solicitud de inscripción o reinscripción al Programa Beca de Apoyo de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas de Nivel Medio Superior (Bachillerato)	
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