



Solicitud para ser incorporada al Programa Becas de Apoyo
a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas

SEP-23-011

- Nuevo Ingreso
 Reinscripción

Fecha de elaboración

Día Mes Año

Registro de Becaria

I.- Datos de la solicitante

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Fecha de nacimiento

Día Mes Año

Edad

Años Meses

CURP

Anotar los 18 caracteres

Domicilio particular

Calle y número

Colonia / Localidad

Municipio o Delegación

Ciudad

Estado

C. P.

Teléfono

Correo Electrónico

- Estado Civil
- Soltera
 - Casada
 - Unión Libre
 - Separada
 - Divorciada

Usted...

- Está embarazada
- Fecha probable de alumbramiento
-
- Día Mes Año

- Es madre

¿Cuántos hijos o hijas tiene? De que edades

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> 0 a 3 años |
| <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> 4 a 5 años |
| <input type="checkbox"/> Más de dos | <input type="checkbox"/> Mayores de 5 años |



**Solicitud para ser incorporada al Programa Becas de Apoyo
a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

SEP-23-011

Cuál es su ocupación actual

- Labores del hogar y cuidado de la familia
- Estudiante
- Trabajo y recibo un salario
- Trabajo pero no recibo un salario
- Otro _____

¿Cómo se enteró del Promajoven?

- Por los folletos de información
- Por el cartel
- Por radio
- Por el comentario de un conocido
- Por el personal de la escuela
- Por el personal del centro de salud
- Otro _____ Cuál _____

II.- Datos académicos de la solicitante

¿Usted había abandonado sus estudios?

- Si
- No

Promedio Académico del último cursado

¿Desde hace cuánto tiempo?

- Menos de un año
- Un año
- Más de un año
- Cuántos: _____

¿Qué le motivó para retomar sus estudios?

- El programa
- Otro motivo _____

Nombre de la Institución Educativa donde está inscrita actualmente

Sistema

- Escolarizado
- No escolarizado

Estudia

- Alfabetización
- Primaria
- Secundaria

Para las inscritas al sistema escolarizado:

Clave del centro de Trabajo y nombre de la Escuela donde cursa sus estudios

Grado que cursará con el apoyo de la beca

- 1ero
- 2do
- 3ro
- 4to
- 5to
- 6to

Para las inscritas al sistema no escolarizado:

Número y Coordinación de la zona donde cursa sus estudios

Nivel que cursará con el apoyo de beca

- Inicial (alfabetización)
- Intermedio (Primaria)
- Avanzado (Secundaria)

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

Registro Federal de Educanda



**Solicitud para ser incorporada al Programa Becas de Apoyo
a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

SEP-23-011

Por favor lea y si está de acuerdo firme.

"Autorizo a Promajoven para que haga seguimiento académico individual"

Nombre y firma

III.- Datos familiares y socioeconómicos

Depende económicamente de:

- Parentesco
- Padre
 - Madre
 - Ambos padres
 - Mi sueldo
 - Cónyuge
 - Otros

Ingreso mensual familiar

(Sume los ingresos de todos los que contribuyen)

- De \$1 a \$1,517
- De \$1,518 a \$3,034
- De \$3,035 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			
Hijos			
Otros			

En promedio, ¿cuántas personas duermen en la misma habitación?

- Una a dos
- Tres o mas

¿De que está hecho la mayor parte de su piso?

- Tierra
- Firme de cemento
- Otro material

¿Cuénta con estos servicios dentro de su casa?

	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 dependencia ?

Si No

Publica Privada

Tipo de ayuda y nombre de la dependencia que la otorga

Cuando tiene problemas de salud a que Institución asiste.

- IMSS
- ISSSTE
- PEMEX, Defensa o Marina
- Centro de Salud
- IMSS Solidaridad
- Seguro Popular
- Privada _____



**Solicitud para ser incorporada al Programa Becas de Apoyo
a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

SEP-23-011

¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad? Si No

Describe la enfermedad o discapacidad

¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Cuál _____

Documentos cotejados que se anexan a la solicitud:

	¿Se cotejó con el original?	¿Se anexa copia?
Acta de nacimiento de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acta de nacimiento de su hijo(a) o constancia de embarazo *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones, certificado (del último grado o módulo cursado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de ingresos propios o de la persona que depende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de inscripción en algún sistema educativo público*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 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 Organismo 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 Av. Cuauhtémoc 614 Piso 7, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez. C.P. 03020, México, D.F., Tel. 36 01 10 00 Ext. 68095, 68093.

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, 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 O COMERCIALIZACIÓN: "LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 3° 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".



Solicitud para ser incorporada al Programa Becas de Apoyo
a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas

SEP-23-011

IV.- 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 Coordinación Estatal con los documentos cotejados.
- Copia 1.** Para la becaria, con firma de recibido.
- Copia 2.** Para la institución receptora.