

REQUISITOS:

- SOLICITUD ORIGINAL DIRIGIDA AL PRESIDENTE MUNICIPAL
- COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO RECIENTE DEL BENEFICIARIO
- COPIA DE BOLETA DE CALIFICACIÓN DE TERMINO DE CICLO (-8 CARTA COMPROMISO)
- COPIA DE CURP
- COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR (INE) DEL PADRE O TUTOR POR AMBOS LADOS RECIENTE Y QUE PERTENEZCA A ESTE MUNICIPIO
- ORIGINAL DE COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE
- ORIGINAL DE COMPROBANTE DE INGRESOS
- ESTUDIO SOCIECONOMICO CON 2 FOTOGRAFIAS (1 INTERIOR Y 1 EXTERIOR)



H. AYUNTAMIENTO DE MATEHUALA

PROGRAMA DE ESTIMULOS A LA EDUCACIÓN BÁSICA FORMATO DE SUSTITUCIÓN

POR ESTE CONDUCTO, SE RELIZA LA SUSTITUCIÓN DE BECARIOS DURANTE EL CICLO ESCOLAR _____ - _____
,SOLICITADA POR EL COMITÉ ESCOLAR DE ESTIMULOS A LA EDUCACIÓN BÁSICA DE LA ESCUELA
_____ UBICADA EN LA LOCALIDAD DE _____.

BAJA

NOMBRE DE BECARIO	RAZÓN DE LA BAJA

NUEVO BECARIO

--	--	--

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

F. M.

SEXO

F. NACIMIENTO

GRADO ESCOLAR

PROMEDIO AÑO ANTERIOR

CALLE

NUMERO

LOCALIDAD O COLONIA

INGRESO FAMILIAR MENSUAL

PERSONAS CON QUIEN
VIVE EL NIÑO(A)MADRE
()PADRE
()OTROS
()

PADRE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	OCUPACIÓN
------------------	------------------	-----------	-----------

MADRE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	OCUPACIÓN
------------------	------------------	-----------	-----------

TUTOR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	OCUPACIÓN
------------------	------------------	-----------	-----------

POR LA ESCUELA

SELLO DE ESCUELA	DIRECTOR	PRESIDENTE COMITÉ	VOCAL DE CONTROL Y VIGILANCIA
------------------	----------	-------------------	-------------------------------



PROGRAMA DE ESTIMULOS A LA EDUCACIÓN BÁSICA
ACTA DE ASAMBLEA DE REASIGNACIÓN DE BECARIOS

SIENDO LAS ____ HORAS DEL DIA ____ DEL MES DE _____ DEL AÑO _____. EN EL LUGAR QUE OCUPA _____ DE LA ESCUELA PRIMARIA _____ DE LA LOCALIDAD DE _____ DEL MUNICIPIO DE MATEHUALA, S.L.P. NOS ENCONTRAMOS REUNIDOS ALUMNOS, PADRES DE FAMILIA, MAESTROS, DIRECTOR DEL PLANTEL Y AUTORIDADES MUNICIPALES PARA LLEVAR A CABO LA REASIGNACIÓN DE BECAS DEL PROGRAMA DE ESTIMULOS A LA EDUCACIÓN BÁSICA DEL CICLO ESCOLAR ____ - ____.

SE HACE DEL CONOCIMIENTO DE LOS ASISTENTES QUE EN EL PLANTEL SE TIENEN ____ ALUMNOS BECADOS. EGRESAN EN EL PERIODO ____ ALUMNOS, DEBIDO A LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- ____ BECAS POR EGRESO DE 6° GRADO
- ____ BECAS POR CAMBIO DE ESCUELA
- ____ BECAS POR DESERCIÓN ESCOLAR
- ____ BECAS POR BAJO APROVECHAMIENTO
- ____ BECAS POR CONTAR CON OTRO APOYO ECONOMICO.

ASI MISMO, SE INFORMA QUE LAS FUNCIONES DEL COMITÉ ESCOLAR SON ENTRE OTRAS:

- SESIONAR EN FORMA INDEPENDIENTE AL CONSEJO DE DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL.
- HACER DEL CONOCIMIENTO DEL CONSEJO DE DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL EL PADRON DE BECARIOS ASÍ COMO DE LOS CAMBIOS QUE SE ORIGINEN.
- RECABAR, ANALIZAR Y CANALIZAR ANTE LA COORDINACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL MUNICIPAL LOS PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I. DATOS PERSONALES

- NOMBRE COMPLETO: _____
- SEXO: M () H () 3. EDAD: () AÑOS 4. ESCOLARIDAD MAXIMA: _____
- ESTADO CIVIL _____ 6. OCUPACION _____
- LUGAR DE NACIMIENTO _____
- DOMICILIO ACTUAL: _____ COL. _____
- PROCEDENCIA DEL CASO: _____
- MOTIVO DEL ESTUDIO: _____

II. DATOS FAMILIARES

- INFORMACION ECONÓMICA
 ¿QUIÉN APORTA EL INGRESO FAMILIAR?
 PADRE \$ _____ MADRE \$ _____ HIJOS \$ _____ OTROS \$ _____ ESPECIFIQUE _____
 TOTAL DE APORTACION MENSUAL \$ _____

- PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED:
 CONYUGE SI () NO () N°. DE HIJOS _____ OTROS: _____
 (ESPECIFIQUE PARENTESCO): _____ Y _____

3. DATOS DE LAS PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED

NOMBRE (S)	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	INGRESO
------------	------	------------	-----------	-------------	--------------	---------

III. ALIMENTACION

1. INFORMACION NUTRIMENTAL

DESAYUNO: _____
 COMIDA: _____ CENA: _____

IV. SERVICIOS CON QUE CUANTA LA VIVIENDA

1. GASTOS Y SERVICIOS

AGUA \$ _____ NO () LUZ \$ _____ NO () TELEFONO \$ _____ NO () GAS \$ _____ NO ()
 ALIMENTACION \$ _____ PROGRAMACION DE PAGA \$ _____ NO () OTROS (especifique) \$ _____

V. DATOS DE LA VIVIENDA

- SITUACION DE LA VIVIENDA
 RENTADA () \$ _____ PROPIA () PRESTADA () COMPARTIFA CON LA FAMILIA ()
- TIPO DE VIVIENDA
 CASA () TEJABAN () CHOZA () CUARTO DE VECINDAD () DEPARTAMENTO () OTROS (ESPECIFIQUE) _____
- COMPOSICION DE LA VIVIENDA
 N° DE HABITACIONES () COCINA SI () NO () SALA SI () NO () BAÑO () Ó LETRINA ()
- APARIENCIA Y VENTILACION DE LA VIVIENDA

SIN OTRO ASUNTO A TRATAR, SE DA POR TERMINADA LA ASAMBLEA SIENDO LAS _____ HORAS DEL DIA Y FECHA INDICADOS AL PRINCIPIO DE LA PRESENTE.

FIRMAN AL CALCE LOS QUE INTERVINIERON EN LA REUNIÓN.

POR EL COMITÉ DE ESTIMULOS ALA EDUCACIÓN BÁSICA:

PRESIDENTE _____

SECRETARIO _____

TESORERO _____

VOCAL C. Y V. _____

1er VOCAL _____

2º VOCAL _____

POR LA ESCUELA:

*DIRECTOR
DEL PLANTEL* _____

SELLO _____

PADRES DE FAMILIA:

APARIENCIA: LIMPIA _____ SUCIA _____ REGULAR _____
VENTILACION: BUENA _____ MALA _____ REGULAR _____

5. **INFRAESTRUCTURA DE LA VIVIENDA**

TECHO _____ PISO _____
MUROS _____ PATIO _____
PUERTAS Y VENTANAS _____ EXTENSION APROX _____ M²

6. **UBICACIÓN DE LA VIVIENDA**

UNIDAD HABITACIONAL _____ COLONIA POPULAR _____ ZON CENTRO _____ COMUNIDAD _____
OTROS (especifique) _____

VI. MOBILIARIO

T.V. SI () NO () DISPOSITIVOS GENERALES SI () NO () REFRIGERADOR SI () NO () ESTUFA SI () NO ()
LAVADORA SI () NO () COMPUTADORA O LAPTOP SI () NO () VEHICULO PARTICULAR SI () NO ()
TELEFONIA MOVIL SI () NO () PLANCHA SI () NO ()

VII. SERVICIOS DE SALUD

- ¿ A QUE TIPO DE SERVICIO MEDICO ACUDE LA FAMILIA?
I.M.S.S. () S.S.A. () ISSSTE () DIF () MEDICO PARTICULAR () SEGURO POPULAR () OTRO () _____
- ¿COSTO DE SUS GASTOS MEDICOS MENSUALES? _____
- ENFERMEDADES FRECUENTES
GASTRONINTESTINALES () RESPIRATORIAS () INFECCIOSAS () NERVIOSAS () CONGÉNITAS () CRÓNICAS ()
OTRAS (ESPECIFIQUE): _____
- ¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO? SI () NO ()
¿QUIÉN? _____

VII. APOYOS EXTRAORDINARIOS

- ¿RECIBE ALGUN TIPO DE APOYO EXTRAORDINARIO POR PARTE DE ALGUNA INSTITUCION EN FORMA CONTINUA O ESPORÁDICA? SI () NO () BECAS () SMDIF () BANCO DE ALIMENTOS () EMPLEO TEMPORAL () 70 Y MAS () OTROS _____
SEMANA () QUINCENA () CUANTO \$ _____ TOTAL MENSUAL \$ _____
- ¿RECIBE INGRESOS DE FAMILIARES EN ESTADOS UNIDOS? SI () NO () PERIODO _____ \$ _____ TOTAL MENSUAL \$ _____
TRABAJADOS SOCIAL

DINÁMICA FAMILIAR:

DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES FINALES:

PLAN SOCIAL: _____ PORCENTAJE: _____

MATEHUALA, S.L.P. A _____ DE _____ DEL _____



CARTA COMPROBANTE DE INGRESOS

MATEHUALA, S.L.P. A _____ DE _____ DEL _____

EL QUE SUSCRIBE _____ CON

(NOMBRE DEL QUE APORTA EL INGRESO FAMILIAR)

DOMICILIO EN: _____

(CALLE Y NUMERO)

COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____

TEL/CEL NUM: _____ INFORMO POR MEDIO DE LA PRESENTE

Y BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD , QUE NO TENGO MANERA DE COMPROBAR

MIS INGRESOS ECONOMICOS YA QUE MI TRABAJO ES DE _____

DESDE HACE _____ PERCIBIENDO SUELDO SEMANAL

PROMEDIO DE \$ _____

QUEDANDO A SUS ORDENES PARA CUALQUIER DUDA O ACLARACION ME DESPIDO DE USTED

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SUSCRIPTOR

NOMBRE DEL BECARIO: _____

GRADO ESCOLAR: _____ GRUPO _____ ESCUELA _____

TESTIGO

TESTIGO

(NOMBRE Y FIRMA)

(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO: _____

DOMICILIO: _____

TEL/CEL NUM: _____

TEL/CEL NUM: _____

NOTA: ANEXAR COPIA DE LAS CREDENCIALES DE LOS TESTIGOS