

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 _____

NOMBRE DE BECARIO	RAZÓN DE LA BAJA

NUEVO BECARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

F	M			
SEMO	F. NACIMIENTO	GRADO ESCOLAR	PROMEDIO AÑO ANTERIOR	

CALLE	NUMERO	LOCALIDAD O COLONIA
-------	--------	---------------------

	PERSONAL CON QUIEN VIVE EL NIÑO(A)	MADRE ()	PADRE ()	OTROS ()
INGRESO FAMILIAR MENSUAL				

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 ESTÍMULOS 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 6º GRADO
- _____ BECAS POR CAMBIO DE ESCUELA
- _____ BECAS POR DESERCIÓN ESCOLAR
- _____ BECAS POR BAJO APROVECHAMIENTO
- _____ BECAS POR CONTAR CON OTRO APOYO ECONÓMICO.

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.



H. Ayuntamiento de Matehuala 2021-2024

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I. DATOS PERSONALES

1. NOMBRE COMPLETO: _____
2. SEXO: M () H () 3. EDAD: () ANOS 4. ESCOLARIDAD MAXIMA: _____
5. ESTADO CIVIL _____ 6. OCUPACION _____
7. LUGAR DE NACIMIENTO _____
8. DOMICILIO ACTUAL: _____ COL. _____
9. PROCEDENCIA DEL CASO: _____
10. MOTIV/O DEL ESTUDIO: _____

II. DATOS FAMILIARES

1. INFORMACION ECONÓMICA
¿QUIÉN APORTA EL INGRESO FAMILIAR?
PADRE \$ _____ MAORE \$ _____ HIJOS \$ _____ OTROS \$ _____ ESPECIFIQUE _____
TOTAL DE APORTACION MENSUAL \$ _____
2. 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

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

Calle Hidalgo #301 Col. Ferrocarrilera Norte C.P. 78700, Zona Centro Matehuala,
S.L.P.

Tel. Y Fax. 01 (488) 882-75-05 y 882-54-54

www.matehuala.gob.mx EMAIL: dsocialm@prodigy.net.mx

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

s. **INFRAESTRUCTURA DE LA VIVIENDA**

TECHO _____ PISO _____
MUROS _____ PATIO _____
PUERTAS Y VENTANAS _____ EXTENSIÓN APROX _____ M'

6. **UBICACION 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

1. ¿A QUE TIPO DE SERVICIO MEDICO ACUDE LA FAMILIA?
I.M.S.S. () S.S.A. () ISSSTE () DIF () MEDICO PARTICULAR () SEGURO POPULAR () OTRO () _____

2. ¿COSTO DE SUS GASTOS MEDICOS MENSUALES? _____

3. ENFERMEDADES FRECUENTES

GASTROINTESTINALES () RESPIRATORIAS () INFECCIOSAS () NERVIOSAS () CONGÉNITAS () CRÓNICAS ()

OTRAS (ESPECIFIQUE): _____

4. ¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO? SI () NO ()
¿QUIÉN? _____

VII. APOYOS EXTRAORDINARIOS

1. ¿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 \$ _____

2. ¿RECIBE INGRESOS DE FAMILIARES EN ESTADOS UNIDOS? SI () NO () PERIODO _____ \$ _____ TOTAL MENSUAL \$ _____
TRABAJADOR SOCIAL

DINÁMICA FAMILIAR:

DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES FINALES:

PLAN SOCIAL: _____ PORCENTAJE: _____

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

Calle Hidalgo #301 Col. Ferrocarrilera Norte C.P. 78700, Zona Centro Matehuala,
S.L.P.

Tel. Y Fax: 01 (488) 882-75-05 y 882-54-54

www.matehuala.gob.mx EMAIL: dsocialm@prodigy.net.mx



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