

Solicitud de inscripción o reinscripción a la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas (PNB)		
Lugar de solicitud (institución o dependencia donde se gestionó la beca)		Fecha de la solicitud
		DD   MM   AAAA
Medio por el que solicita ser potficada del proceso de selección	Correo electrónico	Domicilio:
		Otro:
Foto	Señale la opción que corresponda: <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/> Reinscripción	
	Pertenece a la comunidad afrodescendiente	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Datos Generales de la Solicitante		
CURP:	Teléfono fijo:	Teléfono celular:
Nombre (s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Fecha de Nacimiento	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)	
Sistema escolar en el que se encuentra inscrita (marca una opción)	Situación actual (marca la o las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Escolarizado <input type="checkbox"/> No escolarizado	<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Madre	
Favor de anotar en el siguiente cuadro el nombre y edad de tu(a) hija (s) o hijo (s)		
	Nombre(s)	Edad(es)
Hijo 1		años
Hijo 2		años
Hijo 3		años
Hijo 4		años
Hijo 5		años
Recibes apoyos del Programa PROSPERA de la SEDESCL: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿A qué institución asistes cuando tienes problemas de salud? (marca una opción)		
<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Seguro Popular		
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		
¿Cuál es tu ocupación actual? (marca la o las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Labores en el hogar <input type="checkbox"/> Trabajo y recibo un salario		
<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		



¿Cómo te enteraste de la beca? (marca una opción)

- Folleto de información
- Personal de la escuela
- Personal de la escuela
- Cartel de difusión
- Personal del Centro de Salud
- La radio
- Medios electrónicos ¿Cuál (es)?
- Comentarios de un conocido
- Otro ¿Cuál?

Estado Civil (marca una opción)

- Soltera
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Unión libre
- Viuda

Domicilio de la solicitante

Tipo de ubicación (marca una opción)

- Zona urbana
- Zona rural
- Vías de comunicación

Llenar sólo para tipos de domicilio urbano o rural

Nombre de la calle: \_\_\_\_\_ Nombre de la colonia: \_\_\_\_\_

Número exterior: \_\_\_\_\_ Número interior: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Entre qué calles: \_\_\_\_\_

Descripción de la ubicación (Entre Vialidades)

Llenar sólo para tipos de domicilio "Vías de comunicación"

Marca la opción que corresponda:

- Carretera
- Brecha
- Camino
- Terracería
- Vereda
- 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):  Estatal  Federal  Municipal  Particular

Tipo de derecho de tránsito (abrir opciones):  Libre  Cuota

Descripción de la ubicación (Entre vialidades): \_\_\_\_\_

Datos académicos de la solicitante

¿Habías abandonado sus estudios? (marca una opción)  Sí  No

Razones de abandono: \_\_\_\_\_

Fecha que reintegro al servicio educativo después de abandonar tus estudios: DD | MM | AAAA

¿Qué le motivó para retomar tus estudios?  La beca  Otro motivo ¿Cuál?

¿Cuál es tu promedio académico del último grado cursado?: \_\_\_\_\_

<b>Llenar únicamente para becarias del sistema escolarizado</b>			
Nivel y grado que cursa actualmente:			
Nivel:	<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Secundaria	
Grado:	<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 estás inscrita actualmente:			
<input type="radio"/> Primaria General	<input type="radio"/> Primaria indígena	<input type="radio"/> Primaria comunitaria	
<input type="radio"/> Secundaria General	<input type="radio"/> Secundaria Técnica	<input type="radio"/> Secundaria comunitaria	
<input type="radio"/> Secundaria para trabajadores	<input type="radio"/> Telesecundaria		
Clave y nombre de la escuela donde cursas tus estudios:			
<b>Llenar únicamente para becarias del sistema no escolarizado</b>			
Nivel que cursas actualmente:			
Nivel:	<input type="radio"/> Inicial (alfabetización)	<input type="radio"/> Intermedio (primaria)	<input type="radio"/> Avanzado (secundaria)
Institución que ofrece el servicio:	<input type="radio"/> INEA	<input type="radio"/> CEDEX	<input type="radio"/> IEEA
	<input type="radio"/> SEA	<input type="radio"/> Misiones culturales	
	<input type="radio"/> Otro ¿Cuál?		
Coordinación de la zona donde cursas tus estudios:			
Número de módulos que te faltan por cursar, para terminar el nivel de alfabetización, primaria y/o secundaria según sea el caso:			
Anota tu Registro Federal Escolar:			
Por favor lee cuidadosamente y si estás de acuerdo firma, "Autorizo a Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas para que haga seguimiento académico individual"			
Nombre y firma			
Datos familiares y socioeconómicos			
¿De quién dependes económicamente? (marca 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 (suma los ingresos de todos los que contribuyen y marca una opción)			
<input type="radio"/> De \$73 a \$2,191	<input type="radio"/> De \$2,192 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			
Parentesco	Nombre completo	Nivel de estudios	Ocupación
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Tutor			
Hijo o hijos	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		

Otro. Especificar		
¿De cuántas habitaciones consta la vivienda donde habitas sin contar el baño?(marca una opción)		
<input type="radio"/> Uno	<input type="radio"/> Dos	<input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> 4 o más
¿En promedio cuántas personas duermen en cada habitación?(marca una opción)		
<input type="radio"/> Uno	<input type="radio"/> Dos	<input type="radio"/> Tres <input type="radio"/> 4 o más
¿De qué está hecho la mayor parte del piso de tu casa? (marca una opción)		
<input type="radio"/> Tierra	<input type="radio"/> Firme de Cemento	<input type="radio"/> Otro material
¿Cuentas con estos servicios dentro de tu casa? (selecciona la opción u opciones que correspondan)		
Agua entubada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Energía eléctrica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Drenaje	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sanitario exclusivo para la familia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Recibes ayuda económica o en especie de alguna institución? (marca una opción)		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		<input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada o social
Tipo de ayuda y nombre de la institución que la otorga:		
¿Tienes alguna discapacidad? (marca una opción)		
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anota 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 del 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 gravidéz y aún no tiene hijas, hijos o 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.		
*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 re- curriendo 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 01 800 306 24 68 o a los teléfonos de la SEP, TELSEP: 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.F. 06080, Ciudad de México, Tel. 36 01 10 00 Ext. 68095 o 68 108. 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 el artículo 3, fracción IX, de la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos obligados que considera como datos personales: "Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Se considera que una persona es identificable cuando su identidad pueda determinarse directa o indirectamente a través de cualquier información".

Para el headed 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 cotejarlos.  
Copia 1. Para la becaria, con firma de recibido.

**Catálogo Domicilio Geográfico**

Tipo de Vialidad	Administración	Tipo De Asentamiento (Cont.)
Ampliación	Estatal	Pueblo
Andador	Federal	Puerto
Avenida	Municipal	Ranchería
Bolevar	Particular	Rancho
Calle	Derecho De Tránsito	Región
Callejón	Libre	Residencial
Calzada	Cuota	Rinconada
Corrada	Tipo De Asentamiento	Sección
Circuito	Aeropuerto	Sector
Circunvalación	Ampliación	Supermanzana
Continuación	Barrio	Unidad
Corredor	Cantón	Unidad Habitacional
Diagonal	Ciudad	Villa
Eje Vial	Ciudad Industrial	Zona Federal
Pasaje	Colonia	Zona Industrial
Peatonal	Condominio	Zona Militar
Periférico	Conjunto Habitacional	Ninguno
Privada	Corredor Industrial	Zona Naval
Prolongación	Coto	
Retorno	Cuamul	
Viaducto	Ejido	
Ninguno	Exhacienda	
Término Genérico	Fracción	
Carretera	Fraccionamiento	
Camino	Granja	
Terracería	Hacienda	
Brecha	Ingenio	
Vereda	Manzana	
	Paraje	
	Parque industrial	
	Privada	
	Prolongación	

Subsecretaría de Educación Básica (SEB)

CARTA COMPROMISO (BECARIAS)

San Luis Potosí, S.L.P., a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016

ING. JOEL RAMIREZ DIAZ

SECRETARÍO DE EDUCACIÓN DE GOBIERNO DEL ESTADO

PRESENTE

La que suscribe \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_ declaro que toda la información proporcionada en la "Solicitud de incorporación a la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas" y documentación anexa es fidedigna y que con motivo de que dicha beca me fue otorgada, me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones:

- Asistir a clases o a las asesorías académicas según sea el caso.
- Aprobar el grado o nivel en el que estoy inscrita en el sistema escolarizado.
- Para el caso del sistema no escolarizado o mixto:
  - o Acreditar los módulos del nivel inicial (alfabetización), de acuerdo a la siguiente tabla:

De 6 a 8 meses	Módulo "La Palabra"
De 2 a 3 meses	Módulo "Para Empezar"
De 3 a 6 meses	Módulo "Matemáticas para Empezar"

- o Acreditar los módulos del nivel intermedio (primaria) o avanzado (secundaria) de acuerdo a la siguiente tabla:

10 meses	Cuatro módulos
De 8 a 9 meses	Tres módulos
De 4 a 7 meses	Dos módulos
Menos de 4 meses	Un módulo

- Informar a la coordinación estatal de la beca sobre mi avance académico.
- Informar por escrito en formato libre, a la coordinación estatal de la beca sobre cualquier cambio de domicilio o de número telefónico a fin de poder ubicarme para fines administrativos; dicha notificación deberá realizarla dentro de los 30 días naturales siguientes al cambio de domicilio.
- Informar por escrito en formato libre, a la autoridad educativa local dentro de los 30 días naturales siguientes, cualquier cambio de la modalidad educativa en la que estoy inscrita, para fines administrativos y de seguimiento académico.
- De encontrarme embarazada informaré a la autoridad educativa local, mediante un escrito libre que avale mi incapacidad médica por un periodo máximo de 40 días naturales, de acuerdo al trámite con homoclave SEP-23-012 "Aviso de incapacidad médica por alumbramiento" publicado en la página electrónica: <http://www.gob.mx/ontse-rrts/ficha/tecnica/SEP-23-012>.
- Informar en caso del fallecimiento de mi hijo/a (cuando únicamente tenga un/a hijo/a), entregando copia del acta de defunción.
- Colaborar con las autoridades educativas locales y la SEP, cuando requieran información sobre mi participación en la beca.
- Participar en actividades complementarias de salud, capacitación y culturales, entre otras, que como parte de mi formación integral, se promuevan en la entidad federativa.
- Tramitar mi cartilla de salud ante cualquier institución de salud pública de la entidad federativa, en la que realice mis estudios y asistir periódicamente a citas médicas de revisión en una institución de salud pública.
- Informar de inmediato y por cualquier medio a la autoridad educativa local y a las instituciones bancarias a través de las que se recibe la beca, el robo, pérdida o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entregan la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, así como el levantada ante el Ministerio Público o autoridad local. De conformidad con el trámite con homoclave SEP-23-010 "Aviso de pérdida, robo o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entrega la beca", para inutilizar el medio de pago.
- Participar en las actividades de Contraloría Social que determine la Autoridad Educativa Local.

\_\_\_\_\_  
(Nombre becaria)

C. d. p. Autoridad Educativa Local