

FO-SVJF-03. Incorporación y aceptación al Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia

Homoclave del formato			Fecha de la solicitud		
FO-SVJF-03			DD	MM	AAAA
Fecha de publicación del formato en el DOF			Folio de la solicitud		
31	07	2015			
Folio del CUIS			Folio del programa		

Nueva incorporación   
  Cambio de responsable   
  Agregar persona beneficiaria   
  Agregar corresponsable

I. Datos de la jefa de familia fallecida

Persona física			Información del acta de defunción		
CURP:			Oficialía: <input type="radio"/> No tiene		
Nombre(s):			Libro número:		
Primer apellido:			Tomo número: <input type="radio"/> No tiene		
Segundo apellido:			Acta número:		
Fecha de nacimiento: DD MM AAAA			Foja número: <input type="radio"/> No tiene		
Ocupación (actividad remunerable):			Fecha de registro: DD MM AAAA		
			Fecha de defunción: DD MM AAAA		

Información del fallecimiento

Causa:	
Localidad:	Clave de la localidad:
Municipio o Delegación:	Clave del municipio:
Entidad federativa:	Clave de la entidad federativa:

II. Información de las hijas e hijos en estado de orfandad materna

Núm.	Nombre(s)	Primer apellido	Segundo apellido	Sexo		Fecha de nacimiento
				H	M	
1				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
2				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
3				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
4				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
5				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
6				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA
7				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DD MM AAAA

Acta de nacimiento				
Núm.	Libro	Tomo	Acta	Foja
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

CURP	
Núm.	Clave
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Nivel escolar			
Núm.	Grado	Nivel	Fecha de expedición
1			DD   MM   AAAA
2			DD   MM   AAAA
3			DD   MM   AAAA
4			DD   MM   AAAA
5			DD   MM   AAAA
6			DD   MM   AAAA
7			DD   MM   AAAA

¿Tiene alguna discapacidad que le impida acudir a la escuela?		
Sí	No	Especificar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

III. Información de la persona responsable de las hijas e hijos beneficiarios

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo apellido:

Sexo: H  1 M  2

CURP: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: DD | MM | AAAA

Tipo de identificación:

Folio de la identificación:  No tiene

Parentesco con la o las personas beneficiarias:

Correo electrónico:  No tiene

Teléfono: 0 1 \_\_\_\_\_ Celular: 0 4 \_\_\_\_\_

Secretaría de Desarrollo Social

IV. Datos del domicilio donde vivirán las hijas e hijos en estado de orfandad materna

Código Postal:				
Calle:				<input type="radio"/> Domicilio conocido
<small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada, Corredor, etc.)</small>				
Número exterior:	Letra exterior:	Número interior:	Letra interior:	<input type="radio"/> Sin núm. interior
Colonia:			Lote:	Manzana:
<small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small>				
Localidad:			Clave de la localidad:	
Municipio o Delegación:			Clave del Municipio:	
Estado o Distrito Federal:			Clave del Estado:	

V. Documentación presentada por la persona responsable, hija o hijo en orfandad materna mayor de 18 años

<input type="checkbox"/> Identificación oficial	<input type="checkbox"/> Clave Única de Registro de Población (CURP)	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio
<input type="checkbox"/> Acta de defunción de la Jefa de Familia	<input type="checkbox"/> Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS)	<input type="checkbox"/> Solicitud de pre registro
<input type="checkbox"/> Constancia de estudios	<input type="checkbox"/> Certificado médico de discapacidad	

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

Proporcionar información socioeconómica falsa, con el propósito de recibir indebidamente los apoyos y servicios contenidos en los programas de desarrollo social, será objeto de suspensión o baja de los programas.

Conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, se otorgará protección de los datos personales que se incorporen en el Sistema de Control y Administración del Padrón de Beneficiarios de Programas de Desarrollo Social.

El llenado de este formato es gratuito.

\_\_\_\_\_  
**Autorizó**  
 Nombre, cargo y firma  
 Delegado(a), subdelegado(a) o coordinador(a)

\_\_\_\_\_  
**Firma o huella digital de la persona responsable**