EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

SEDESOL
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA
FORMATO DE INCORPORACIÓN Y ACEPTACIÓN AL PROGRAMA
FO-SVJF-03

Folio CUIS | Fecha de Solicitud: Día | Mes | Año

Folio de Solicitud | Folio del Programa

☐ NUEVA INCORPORACION ☐ CAMBIO DE RESPONSABLE ☐ AGREGAR BENEFICIARIO ☐ AGREGAR CORRESPONSABLE

DATOS DE LA JEFA DE FAMILIA FALLECIDA

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s)

CURP | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año

INFORMACIÓN DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

Oficialía ☐ No tiene | Clave y nombre de la localidad

Libro Núm. | Clave y nombre del municipio

Tomo Núm. ☐ No tiene | Clave y nombre de la Entidad Federativa

Acta Núm. | Fecha de registro: Día | Mes | Año | Fecha de Defunción: Día | Mes | Año

Foja Núm. ☐ No tiene | Ocupación (Actividad remunerable)

Causa del fallecimiento

INFORMACIÓN DE LAS HIJAS E HIJOS EN ESTADO DE ORFANDAD MATERNA

Núm.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Sexo H	Sexo M	Fecha de nacimiento Día	Mes	Año
1				1	2			
2				1	2			
3				1	2			
4				1	2			
5				1	2			
6				1	2			
7				1	2			
8				1	2			

Núm.	Acta de Nacimiento: Libro	Tomo	Acta	Foja	CURP
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Núm.	Grado	Nivel Escolar: Nivel	Fecha de Expedición	Monto del Apoyo Mensual	¿Tiene alguna discapacidad que impida acudir a la escuela? Sí	No	Especificar
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

O ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO EL LLENADO DI

EL LLENADO DE ESTE FORMATO ES GRATUITO

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LAS HIJAS E HIJOS BENEFICIARIOS

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) | Sexo (H 1 / M 2) | Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)

CURP | Parentesco con la o las Personas Beneficiarias

Tipo de Identificación | Folio de Identificación | ☐ No tiene

Correo Electrónico | @ | ☐ No tiene

Teléfono 01 - - | Celular 04 -

DATOS DEL DOMICILIO DONDE VIVIRÁN LOS HIJOS EN ORFANDAD MATERNA

Entidad Federativa | Clave Entidad

Municipio o Delegación | Clave Municipio

Localidad | Clave Localidad

Nombre de la Calle o Vialidad | ☐ Domicilio Conocido

Número Exterior | Letra Exterior | Número Interior | Letra Interior | ☐ Sin Número Interior

Lote | Manzana | Colonia | Código Postal

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA (POR RESPONSABLE, HIJA EHIJO EN ESTADO DE ORFANDAD MATERNA MAYOR DE 18 AÑOS)

☐ Identificación Oficial ☐ Clave Única de Registro de Población (CURP) ☐ Comprobante de Domicilio

☐ Acta de Defunción de la Jefa de Familia ☐ Solicitud de Pre registro ☐ Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS)

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 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.

Autorizó

Nombre, cargo y firma

Delegado(a), subdelegado(a) o coordinador(a)

Firma o Huella Digital de la Persona Responsable

FORMATO DE SOLICITUD Y ACEPTACIÓN PARA INTEGRAR EN EL EXPEDIENTE DE LA PERSONA BENEFICIARIA