

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

 Nuevo Ingreso  
 Renovación

Fecha de elaboración

Día	Mes	Año

**I.- Datos de la solicitante**

--	--	--

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre

Fecha de Nacimiento	Edad	CURP										
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr></table>				día	mes	año	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>años</td><td>meses</td></tr></table>			años	meses	
día	mes	año										
años	meses											

Domicilio particular

Calle y número	Colonia / Localidad

Municipio	Ciudad	Estado	C.P.

Correo Electrónico	Teléfono y núm. de celular

Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Otro Cuál?	Usted..... <input type="checkbox"/> Es madre <input type="checkbox"/> Esta embarazada	Fecha probable de alumbramiento <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año							

Cuál es su ocupación actual

<input type="checkbox"/>	Labores del hogar y cuidado de la familia
<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Trabajo y recibo un salario
<input type="checkbox"/>	Otro _____

**II.- Datos académicos de la solicitante**

¿Usted había abandonado sus estudios?	Promedio Académico del último grado cursado
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

¿Qué la motivó para retomar sus estudios?

<input type="checkbox"/>	El programa
<input type="checkbox"/>	Otro motivo

¿Cuál?

Nombre de la Institución Educativa donde esta Inscrita actualmente

--

Modalidad Educativa

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

<input type="checkbox"/>	Escolarizado	<input type="text"/>	Semestre
<input type="checkbox"/>	No Escolarizado		
<input type="checkbox"/>	Semiescolarizado		
<input type="checkbox"/>	Otro _____		

1°   
  2°   
  3°   
  4°   
  5°   
  6°

**III Datos familiares y socioeconómicos**

Parentesco	Nombre completo	Nivel de estudios	Ocupación
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Tutor			
Cónyuge			
Otros			

Depende económicamente de:

Padre  
 Madre  
 Ambos padres  
 Mi sueldo  
 Cónyuge  
 Tutor

Sume los ingresos de todos los que contribuyen

De \$ 1.00 a \$ 1,517.00  
 De \$ 1,518.00 a \$ 3,034.00  
 De \$ 3,035.00 a \$ 4,551.00  
 De \$ 4,552 en adelante

En promedio ¿Cuántas personas duermen en la misma habitación?

Una a dos   
 Tres o más

¿De que está hecho la mayor parte de su piso?

Tierra   
 Firme de cemento   
 Otro material

¿Cuénta con estos servicios dentro de su casa?

Agua entubada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Energía eléctrica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drenaje	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sanitario exclusivo para la familia	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Recibe ayuda económica o en especie de alguna dependencia ?

Publica  Privada

SI  NO

Tipo de ayuda y nombre de la dependencia que la otorga

Quando tiene problemas de salud,

¿En dónde se atiende?

IMSS  
 ISSSTE  
 PEMEX, Defensa o Marina  
 Centro de Salud  
 IMSS Solidaridad  
 Seguro Popular  
 Privada \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad?

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
 Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

Describe la enfermedad o discapacidad

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

Documentos cotejados que se anexan a la solicitud:

	¿Se cotejó con el original?	¿Se anexa copia?
Acta de nacimiento de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acta de nacimiento de su hijo(a) o constancia de embarazo *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones, certificado (del último grado o módulo cursado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de ingresos propios o de la persona que depende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de inscripción en algún sistema educativo público*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Sin la presentación de estos documentos no se recibirá la solicitud.

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.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA**

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

Nuevo Ingreso  
 Renovación

Fecha de elaboración  
\_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**I.- Datos de la solicitante**

Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre

Fecha de Nacimiento                      Edad                      CURP

\_\_\_\_\_  
día mes año                      \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses                      \_\_\_\_\_

Domicilio particular

Calle y número                      Colonia / Localidad

Municipio                      Ciudad                      Estado                      C.P.

Correo Electrónico                      Teléfono y núm. de celular

Estado Civil                      Casada  
   Soltera  
   Unión Libre  
   Divorciada  
   Separada  
   Otro Cuál?

Usted.....                       Es madre  
    Esta embarazada

Fecha probable de alumbramiento

\_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Cuál es su ocupación actual

Labores del hogar y cuidado de la familia  
 Estudiante  
 Trabajo y recibo un salario  
 Otro \_\_\_\_\_

**II. Datos académicos de la solicitante**

¿Usted había abandonado sus estudios?                      Promedio Académico del último grado cursado

Si                      \_\_\_\_\_  
 No

¿Qué la motivó para retomar sus estudios?

El programa                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Otro motivo

Nombre de la Institución Educativa donde esta Inscrita actualmente

Modalidad Educativa

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
 Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

<input type="checkbox"/>	Escolarizado	<input type="checkbox"/>	Semestre
<input type="checkbox"/>	No Escolarizado		
<input type="checkbox"/>	Semiescolarizado		
<input type="checkbox"/>	Otro _____		

1°     2°     3°     4°     5°     6°

**III Datos familiares y socioeconómicos**

Parentesco	Nombre completo	Nivel de estudios	Ocupación
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Tutor			
Cónyuge			
Otros			

Depende económicamente de:

<input type="checkbox"/>	Padre
<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	Ambos padres
<input type="checkbox"/>	Mi sueldo
<input type="checkbox"/>	Cónyuge
<input type="checkbox"/>	Tutor

Sume los ingresos de todos los que contribuyen

<input type="checkbox"/>	De \$ 1.00 a \$ 1,517.00
<input type="checkbox"/>	De \$ 1,518.00 a \$ 3,034.00
<input type="checkbox"/>	De \$ 3,035.00 a \$ 4,551.00
<input type="checkbox"/>	De \$ 4,552 en adelante

En promedio ¿Cuántas personas duermen en la misma habitación?

Una a dos   
 Tres o más

¿De que está hecho la mayor parte de su piso?

Tierra   
 Firme de cemento   
 Otro material

¿Cuénta con estos servicios dentro de su casa?

Agua entubada Energía eléctrica Drenaje Sanitario exclusivo para la familia	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	---

¿Recibe ayuda económica o en especie de alguna dependencia ?

Publica     Privada     **SI**     **NO**

Tipo de ayuda y nombre de la dependencia que la otorga

Quando tiene problemas de salud, ¿En dónde se atiende?

IMSS	<input type="checkbox"/>
ISSSTE	<input type="checkbox"/>
PEMEX, Defensa o Marina	<input type="checkbox"/>
Centro de Salud	<input type="checkbox"/>
IMSS Solidaridad	<input type="checkbox"/>
Seguro Popular	<input type="checkbox"/>
Privada	<input type="checkbox"/>

¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad?

**Solicitud de inscripción al Programa Becas de Apoyo a la Educación  
 Media Superior (Bachillerato) de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**

---

Describe la enfermedad o discapacidad

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

Documentos cotejados que se anexan a la solicitud:

	¿Se cotejó con el original?	¿Se anexa copia?
Acta de nacimiento de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP de la solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acta de nacimiento de su hijo(a) o constancia de embarazo *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones, certificado (del último grado o módulo cursado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de ingresos propios o de la persona que depende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de inscripción en algún sistema educativo público*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Sin la presentación de estos documentos no se recibirá la solicitud.

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.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DE LA SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA**

## CARTA COMPROMISO BENEFICIARIA

Zacatecas, Zac., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

C. \_\_\_\_\_  
**SECRETARÍO DE EDUCACIÓN DE ZACATECAS**  
**PRESENTE**

La que suscribe \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_, declaro que toda la información proporcionada en la solicitud de inscripción y documentación anexa es fidedigna y que con motivo de la beca que me fue otorgada como parte del **Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas**, me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones:

- a) Suscribir la carta compromiso en la que manifiesto la aceptación de cumplir las obligaciones a las que deberé sujetarme como beneficiaria del Programa.
- b) Asistir a clases o a las asesorías académicas; aprobar el grado en el que estoy inscrita, o acreditar los módulos correspondientes en el ciclo fiscal, según sea el caso.
- c) Informar, a la Coordinación Estatal del Programa sobre mi avance académico.
- d) Informar por escrito a la autoridad educativa del plantel o coordinación de zona donde me encuentro inscrita sobre cualquier cambio de domicilio o de número telefónico, a fin de poder ubicarme para fines administrativos, dicha notificación deberé realizarla en los siguientes 30 días naturales al cambio de domicilio.
- e) Informar por escrito a la Coordinación Estatal del Programa en los siguientes 30 días naturales, cualquier cambio en la modalidad educativa a la que estoy inscrita para fines administrativos y de seguimiento académico.
- f) De encontrarme embarazada, informaré con antelación a las autoridades escolares del sistema escolarizado, semiescolarizado y no escolarizado, en donde me encuentre inscrita, en qué momento dejaré de asistir a clases o asesorías debido al periodo de incapacidad médica por alumbramiento, por lo que deberé presentar constancia médica, expedida por unidad de salud, clínica u hospital públicos.
- g) De ser el caso, informar a la Coordinación Estatal del Programa o al Comité de Becas cuando ocurra el fallecimiento de mi hijo (cuando únicamente tenga un hijo), entregando copia del acta de defunción en un término no mayor a 30 días naturales después del fallecimiento.

- h) Colaborar con las autoridades escolares y otras dependencias de la administración pública, cuando requieran información sobre mi participación en el Programa.
- i) Participar en actividades complementarias de salud, capacitación y culturales, entre otras, que como parte de mi formación integral, se promuevan en la entidad.
- j) En caso de robo o extravío de un cheque, informar de inmediato y por cualquier medio a la Coordinación Estatal del Programa y a las instituciones bancarias respectivas, a fin de que aquél quede inutilizado.  
Acudir ante el Ministerio Público o la autoridad local correspondiente a levantar acta por robo y presentar copia de la misma a la entidad responsable. La reexpedición del cheque estará sujeta a la comprobación de la pérdida y la disponibilidad de recursos para cubrir el importe.
- k) Asistir periódicamente a citas médicas de revisión en una unidad de salud, clínica u hospital público y, cuando sea el caso, a sesiones sobre sexualidad responsable y protegida, cuidado materno-infantil y otros temas de salud.
- l) En general, cumplir con oportunidad los señalamientos que establecen las Reglas de Operación vigentes y demás disposiciones aplicables que se deriven de las mismas.
- m) Estar siempre sujeta a la normatividad de las instituciones públicas de educación, participantes, mismas que se sujetan a la Ley General de Educación.

---

**(Nombre becaria)**

C.c.p. Administración Educativa Local  
Coordinación Estatal PROMAJOVEN.