



**PROGRAMA EMERGENTE MUNICIPAL DE APOYO A ESTANCIAS INFANTILES 2019**

Fecha:     /     /

Folio:

La que suscribe C. \_\_\_\_\_, habitante del municipio de Tlajomulco de Zúñiga, por medio de la presente, solicito la inscripción al PROGRAMA EMERGENTE MUNICIPAL DE APOYO A ESTANCIAS INFANTILES 2019 del cual tuve conocimiento mediante Convocatoria emitida por el municipio y que fue publicada en los distintos medios oficiales. Por lo tanto, bajo protesta de decir verdad, proporciono toda la información real y consistente, al igual que toda la documentación que me sea requerida, para conformar mi expediente personal como solicitante.

**Datos del solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext.: \_\_\_\_\_ No. Int.: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Entre calles: \_\_\_\_\_ Clúster o etapa: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_ Clave electoral: \_\_\_\_\_

¿Usted cuenta con seguro médico?  Sí  No  
Señale cuál  Seguro Popular  IMSS  ISSSTE  Seguro Privado  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene algún familiar que trabaje en el Gobierno Municipal de Tlajomulco de Zúñiga?

En caso afirmativo, especifique:

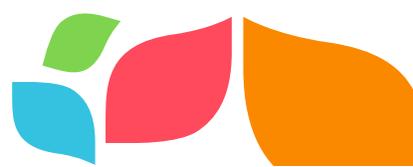
Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Área en que trabaja: \_\_\_\_\_

**Datos de los hijos**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
¿Cuenta con alguna discapacidad?  Sí  No Estancia infantil: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
¿Cuenta con alguna discapacidad?  Sí  No Estancia infantil: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
¿Cuenta con alguna discapacidad?  Sí  No Estancia infantil: \_\_\_\_\_





### Datos laborales

¿Usted trabaja?: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique su lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Antigüedad: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual promedio: \_\_\_\_\_  
¿Estás pensionada?: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué institución le proporciona su pensión?: \_\_\_\_\_

### Datos de estudio

¿Usted estudia?: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique la institución o Plantel Educativo: \_\_\_\_\_  
¿Qué es lo que estudia?: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Ciclo: \_\_\_\_\_

### Habilidades

¿Tiene alguna habilidad o se le facilita realizar alguna de las siguientes actividades? (Indique todas las que apliquen)

- Participar en actividades culturales     Participar en actividades artísticas     Realizar labor social  
 Participar en actividades comunitarias     Impartir cursos     Dirigir grupos

En caso de participar en algún otro programa gubernamental, especifique:

Nombre del programa: \_\_\_\_\_  
Cantidad que recibe periódicamente: \_\_\_\_\_ Tiempo que tiene inscrita: \_\_\_\_\_

### Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Documentación

Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:

- Original y copia simple de Acta de Nacimiento
- Original y copia simple de Credencial del IFE/INE (ambos lados)
- Copia simple de Clave CURP
- Original y copia simple de comprobante de domicilio
- Original y copia simple de Acta(s) de Nacimiento del (de los) hijo(s)
- Copia simple de credencial del IFE/INE (ambos lados) del representante
- Si tiene un(a) hijo(a) con alguna necesidad especial, original y copia simple de diagnóstico del especialista

