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 PRE-REGISTRO 2015
FO-SVJF-02

Folio Programa |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| **Día** |___|___| **Mes** |___|___| **Año** |___|___|___|___|

I. DATOS PERSONALES DE LA JEFA DE FAMILIA

1. Nombre completo comenzando por apellidos. **2. Declara ser la Jefa del hogar** Sí ☐ No ☐

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)

CURP: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| *FECHA DE NACIMIENTO* *DÍA:* |___|___| *MES:* |___|___| *AÑO:* |___|___|___|___|

TELÉFONO: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| ☐ *NO TIENE* ☐ *FIJO* ☐ *CELULAR* ☐ *RECADOS* *CORREO ELECTRÓNICO:* |_____|@|_____| ☐ *NO TIENE*

3. ¿Cuál es su domicilio?

ENTIDAD FEDERATIVA: |_____| *CLAVE ENTIDAD:* |___|___|
MUNICIPIO O DELEGACIÓN: |_____| *CLAVE MUNICIPIO*: |___|___|___|
LOCALIDAD: |_____| *CLAVE LOCALIDAD*: |___|___|___|___|___|
NOMBRE DE LA CALLE O VIALIDAD: |_____| ☐ *DOMICILIO CONOCIDO*
NÚMERO EXTERIOR: |_____| *LETRA EXTERIOR:* |___| ☐ *SIN NÚMERO EXTERIOR* *NÚMERO INTERIOR:* |_____| *LETRA INTERIOR:* |___| ☐ *SIN NÚMERO INTERIOR*
LOTE: |___|___| *MANZANA:* |___|___|___| *CÓDIGO POSTAL:* |___|___|___|___|___| *COLONIA:* |_____|

II. HIJAS E HIJOS DE HASTA 23 AÑOS

4. Datos de las hijas e hijos

Número	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			

III. RESPONSABLE(S) DE LAS HIJAS E HIJOS

5. ¿A quién(es) nombra como responsable(s) de su(s) hija(s) e hijo(s) en caso de fallecimiento?

	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			

	Sexo H	Sexo M	Fecha de nacimiento Día	Mes	Año	Teléfono	Parentesco con respecto a los hijos (ANOTAR CONFORME AL PARENTESCO)	ESPECIFICAR
Persona 1	1	2				☐ *NO TIENE*		
Persona 2	1	2				☐ *NO TIENE*		
Persona 3	1	2				☐ *NO TIENE*		

Padre.....**02**
Hermano(a).....**04**
Abuelo(a).....**05**
Tío(a).....**06**
Otro (Especificar).....**07**

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 las Bases de Datos de la Secretaría de Desarrollo Social.

Esta solicitud de pre-registro no constituye la obligación para la incorporación al Programa, hasta que no se cumplan los requisitos establecidos en las Reglas de Operación que se encuentren vigentes, al presentarse la condición de orfandad materna, materia del Programa.

Las condiciones de vulnerabilidad a las que hace referencia las Reglas de Operación del Programa se evaluarán sobre el/los hogar(es) en que residan las hijas(os) de la jefa de familia que haya fallecido, mediante la aplicación del Cuestionario Único de Información Socioeconómica (CUIS).

La que suscribe declara bajo protesta de decir la verdad que los datos consignados en este cuestionario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

_____
Firma o huella digital de la jefa del hogar

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