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

Nº 150792

# PROGRAMA SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA
## FORMATO DE PRE REGISTRO 2014
FO-SVJF-02

Folio | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha | | DÍA | | MES | | | | AÑO

## I. DATOS PERSONALES DE LA JEFA DEL HOGAR

**1.** Dígame su nombre completo, comenzando por sus apellidos.

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE(S)

**CURP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de nacimiento** | DÍA | MES | AÑO

**Teléfono** | | | | | | | | | | ☐ NO TIENE **Correo electrónico** | | @ | | ☐ NO TIENE

**2.** ¿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** | **Colonia** | **Código Postal**

## II. HIJAS E HIJOS DE HASTA 24 AÑOS

**3.** Datos de las hijas e hijos.

| NÚM. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE(S) | Sexo H 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

**4.** ¿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 M | Fecha de nacimiento DÍA MES AÑO | Teléfono | |
|---|---|---|---|---|
| Persona 1 | 1 2 | | | ☐ NO TIENE |
| Persona 2 | 1 2 | | | ☐ NO TIENE |
| Persona 3 | 1 2 | | | ☐ NO TIENE |

**Parentesco con respecto a la(s) hija(s) e hijo(s).**
ANOTAR CONFORME AL CUADRO DE PARENTESCO:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Padre | 02 | Tía(o) | 06 |
| Hermana(o) | 04 | Otro (especificar) | 07 |
| Abuela(o) | 05 | | |

| | | |
|---|---|---|
| Persona 1 | | ESPECIFICAR |
| Persona 2 | | ESPECIFICAR |
| Persona 3 | | ESPECIFICAR |

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 encuentran vigentes, al presentarse la condición de orfandad materna, materia del Programa.

Las condiciones de vulnerabilidad a las que hacen referencia las Reglas de Operación del Programa se evaluarán sobre el/los hogar(es) donde 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 verdad que los datos consignados en este cuestionario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

SEDESOL | SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL | SEGURO DE VIDA PARA JEFAS DE FAMILIA

Firma o huella digital de la jefa del hogar



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