

**SOLICITUD DE APOYO GUARDERÍA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(BOLETIN 01/2017)**

REGIÓN:

DELEGACIÓN ó C.T.:

I.- DATOS DEL SOCIO

NOMBRE COMPLETO: _____ NÚM. PENSIÓN: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

DOMICILIO PARTICULAR: CALLE: _____ NÚM: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ TELÉFONO PARTICULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

II.- DATOS DEL HIJO

NOMBRE COMPLETO _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

EDAD ACTUAL: 45 DÍAS A 12 MESES 1AÑO A 11 MESES 2 AÑOS A 11 MESES 3 AÑOS A 11 MESES

SOLAMENTE SE OTORGA UN BENEFICIO POR FAMILIA Y ES DE CARÁCTER PERSONAL E INTRANSFERIBLE

FIRMA DEL SOCIO

PROFR. RUBEN CASTILLO VALENZUELA
COORDINADOR PROGRAMA

Sello Recepción
SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN

III.- COBERTURA DE ATENCIÓN, MONTO ANUAL, POLITICAS DE OTORGAMIENTO, REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN, PROCESO DE SELECCIÓN, CAUSALES DE CANCELACIÓN DE TRÁMITE.
LO ESTABLECIDO EN LA CONVOCATORIA DEL BOLETÍN 01/2017.

IV.- DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

- SOLICITUD DE APOYO BOLETÍN 01/2017 DEBIDAMENTE REQUISITADA.
- CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA GUARDERÍA PARTICULAR, INDICANDO NOMBRE DEL HIJO Y FECHA.
- COPIA ACTA NACIMIENTO DEL HIJO.
- COPIA HOJA DE SERVICIO ESTATAL DEL SOCIO QUE ESPECIFIQUE ANTIGÜEDAD (*en caso de personal activo*).
- COPIA DE FORMATO BANCARIO A NOMBRE DEL SOCIO SOLICITANTE, EL CUAL INDIQUE: CLABE INTERBANCARIA (18 DIGITOS), NOMBRE DEL CUENTAHABIENTE Y NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA.

V.- PERIODO DE REGISTRO Y LUGARES DE ENTREGA DE SOLICITUDES

EN LAS OFICINAS DE LA SECRETARÍA DE ORGANIZACIÓN DE SU REGIÓN, A MÁS TARDAR EL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2017.

VI.- PUBLICACIÓN DE RESULTADOS.

LOS RESULTADOS SE EMITIRÁN EL 08 DE DICIEMBRE DE 2017, A TRAVÉS DE LAS PÁGINAS WEB www.cmapsnte54.com.mx y www.snte.org.mx/seccion54/.