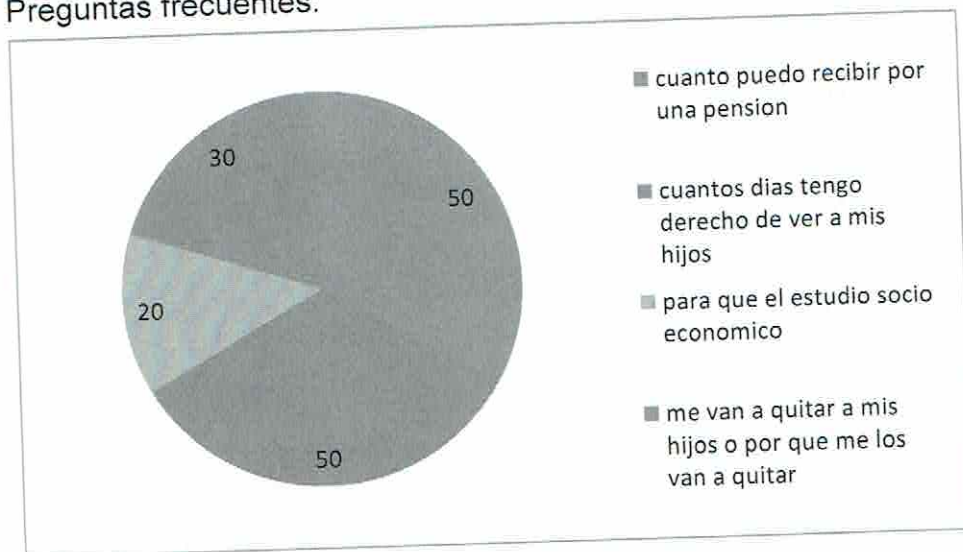


OFICIO No. 524 /02/2019
SISTEMA DIF MADERO
CD. MADERO TAM. A 06 DE MARZO DEL 2019

**LIC. CRISTINA DEL ROCIO CASTILLO LOPEZ
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
P R E S E N T E.-**

Por medio del presente reciba un cordial saludo y a la vez me permito dar contestación a su oficio número TAIP/06/2019 en el que solicita los formatos correspondientes a los programas/servicios que se llevan a cabo en esta procuraduría, manifestando lo siguiente:

1. Servicios: se envía un total de 3 formatos que se utilizan en esta procuraduría, anexados al presente.
2. Resultados de evaluación: Anexado en copia al presente "Programa anual de actividades 2018", visibles en 17 fojas.
3. Información de interés público: se envían 4 folletos de los programas/servicios que se llevan a cabo en esta procuraduría
4. Preguntas frecuentes:



5. Resultados del informe de evaluación: Anexado en copia al presente "Programa anual de actividades 2018", visibles en 17 fojas.
6. Reglas de operación:
 - a) Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Tamaulipas

- b) Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas
- c) Ley para la Igualdad de Género en Tamaulipas,
- d) Ley de Instituciones de Asistencia Social para el Estado de Tamaulipas
- e) Ley de Prevención de la Violencia Familiar del Estado de Tamaulipas
- f) Ley para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
- g) Ley Sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social
- h) ley general de los derechos de niñas niños y adolescentes
- i) reglamento de la ley de los derechos de niñas niños y adolescentes del estado de Tamaulipas
- j) reglamento de la ley general de los derechos de niñas niños y adolescentes
- k) estatuto dif Tamaulipas
- l) ley nacional del sistema integral de justicia penal para adolescentes
- m) ley para adolescentes para el estado de Tamaulipas
- n) ley general para la protección de niñas niños y adolescentes
- o) código civil para el estado de Tamaulipas
- p) código de procedimiento civiles para el estado de Tamaulipas
- q) código penal para el estado de Tamaulipas
- r) código nacional de procedimientos penales

7. Padrón de beneficiarios:

- a) **Hazme valer regístrame al nacer:** 57 beneficiados (trimestre octubre diciembre).
- b) **Matrimonios Colectivos:** 96 beneficiados (trimestre octubre diciembre).
- c) **Nuestros niños nuestro futuro:** (5 folletos entregados en trimestre octubre diciembre canalizando a DIF Tamaulipas).


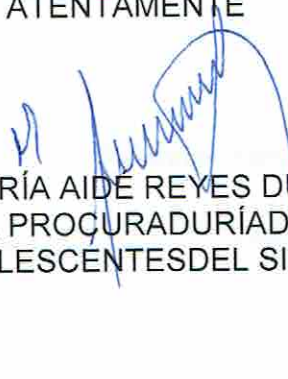
8. Tramites: Requisitos para llevar a cabo Programas

- a) **Matrimonios Colectivos:** ser mexicanos mayores de 18 años , residir en territorio tamaulipeco, llenar y firmar la solicitud implícita declaración bajo protesta, copia del acta de nacimiento de los pretendientes , identificación con fotografía de los pretendientes (ine o pasaporte vigente), certificado de salud a que alude la fracción 4a del artículo 85 del código civil para el estado de Tamaulipas al cual debe agregarse el certificado de la evaluación pre consepcional, dos testigos con identificación de cada pretendiente , constancia de haber recibido pláticas para evitar a violencia familiar , manifestación del régimen de su elección.
- b) **Hazme valer regístrame al nacer:** certificado de nacido vivo, acta de nacimiento actualizada del padre y madre, acta de matrimonio en caso de ser casados, credencial del ine de los padres, dos testigos con ine.

- c) **Nuestros niños nuestro futuro:** el menor deberá contar con un tutor, presentarse personalmente centrales del sedif de Tamaulipas, llenar el formato de pre registro y empadronamiento, presentar documentos probatorios de la condición de orfandad del menor causada por delitos de alto impacto, recibir aprobación de la inscripción definitiva mediante estudio socioeconómico a cargo del sedif y presentarse a recibir los apoyos en tiempo y forma.
9. Formatos que se necesitan para realizar el trámite: **De matrimonios Colectivos** el formato de solicitud de matrimonio; **De nuestros niños nuestro futuro** el formato de registro inicial, (anexados al presente)
10. Convocatorias para mecanismos de participación ciudadana: **De matrimonios Colectivos** se da un mes al año proporcionado por DIF Tamaulipas; **De nuestros niños nuestro futuro y de hazme valer, regístrame al nacer** esta vigente todo el año
11. Proceso de cómo se lleva acabo cada uno de los programas: **De matrimonios Colectivos y de hazme valer, regístrame al nacer:** Se abre convocatoria y debe acudir la persona solicitante. **De nuestros niños nuestro futuro:** en cuanto sea detectado el caso
12. Tramites: Formaos anexados al presente y requisitos especificados en el punto 8 que antecede

Sin otro particular por el momento y agradeciendo de antemano la atención prestada. Quedo de Usted.

ATENTAMENTE



LIC. MARÍA AIDÉ REYES DURÁN
DELEGADA DE LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN
A NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SISTEMA DIF MADERO.

C.C.P. ARCHIVO



SEGUNDA CAMPAÑA ESTATAL DE MATRIMONIOS COLECTIVOS



SOLICITUD DE MATRIMONIO

En _____, Tam., _____ de _____

Los suscritos C.C.- _____

_____, acudimos ante esta Oficialía del Registro Civil, a fin de solicitar la Celebración y Registro de Matrimonio Civil en nuestro favor; para tal efecto manifestamos BAJO PROTESTA DE LEY Y DE DECIR VERDAD que es nuestra voluntad unimos en matrimonio civil, y que no tenemos impedimento alguno para tal efecto, así también declaramos lo siguiente:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____
DOMICILIO: CALLE _____, COL.(Fracc.) _____
_____ EN _____
_____ (Localidad) _____ (Estado)
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

¿CONTRAJO MATRIMONIO CIVIL ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

Si su respuesta es SI deberá anexar a la presente copia simple del acta de divorcio o nulidad.

PADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

MADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

DATOS DE LA SOLICITANTE

NOMBRE: _____ APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____
DOMICILIO: CALLE _____, COL.(Fracc.) _____
_____ EN _____
_____ (Localidad) _____ (Estado)
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

¿CONTRAJO MATRIMONIO CIVIL ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____

Si su respuesta es SI deberá anexar a la presente copia simple del acta de divorcio o nulidad.

PADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

MADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

EL CONTRATO DE MATRIMONIO QUEDARÁ SUJETO AL REGIMEN DE: SOCIEDAD CONYUGAL SEPARACIÓN DE BIENES

NOTA: EN CASO DE SER SUJETO AL REGIMEN DE SEPARACIÓN DE BIENES, DEBERA ANEXAR CONVENIO DE CAPITULACIONES MATRIMONIALES, MENCIONADO EN EL ART. 85, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN LA ENTIDAD.



PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN A NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SISTEMA DIF MADERO



ASESORIA JURIDICA

FECHA: _____

Solicitud No. _____ Asunto: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono: _____

Propio: _____ Renta: _____ INE: _____

Ocupación: _____ Ingresos: _____

Originario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estudios: _____ Estado Civil: _____ No. Hijos: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Originario: _____

Ocupación: _____ Ingresos: _____

Domicilio: _____

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA ASESORIA

Persona Citada: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Canalizado a: _____

Observaciones: _____

Nombre del Asesor Jurídico: _____

Firma de la Persona Asesorada

REGISTRO INICIAL

FECHA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NO. BENEFICIARIOS
-------	-----------	-----------	-------------------

Vía de canalización: _____ Tiempo de aplicación: _____

1- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Dirección: _____
Calle Entre calles Núm. Ext.

Núm. Int. Colonia Localidad Municipio C. P.

Teléfono: _____ Celular: _____ Fecha de nacimiento: _____
Día/mes/año

Lugar de nacimiento: _____
Municipio Estado País

Sexo: F M Estado Civil: S C UL V D

Servicio médico:

<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
-------------------------------	---------------------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------

Otro (especifique): _____

Escolaridad:

<input type="checkbox"/> Educación Inicial	<input type="checkbox"/> Jardín de niños	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Medio superior
<input type="checkbox"/> Técnico superior	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Posgrado	<input type="checkbox"/> Otro:	

Último Grado de estudios: _____

Cuenta con empleo: Sí No Ocupación: _____

Ingreso mensual: \$ _____ Pesos

Su vivienda es:

<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Rentada	<input type="checkbox"/> Prestada	<input type="checkbox"/> Otra:
---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

 Número de cuartos: _____

Cuenta con: Agua potable Sí No Drenaje Sí No Electricidad Sí No

Parentesco con el menor: Madre Padre Tutor: _____

Cuenta con apoyo de gobierno: Sí No ¿En qué consiste? _____

¿Desea ingresar a la bolsa de trabajo? Sí No Especifique: _____

¿Requiere apoyo jurídico? Sí No Especifique: _____

¿Requiere apoyo psicológico? Sí No Especifique: _____

1.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL SOLICITANTE

	Copia		Copia con cotejo	
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CURP:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de domicilio:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Credencial de elector:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de ingresos:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
RFC:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

CURP: _____

INE (clave): _____

RFC: _____

2- VÍCTIMA DIRECTA DEL DELITO

Nombre de la víctima: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo:

F	M
---	---

Lugar de nacimiento: _____ Parentesco con el menor: _____

Escolaridad (terminada):	Educación inicial	Jardín de niños	Primaria	Secundaria	Medio Superior
	Técnico superior	Profesional	Posgrado	Otro:	

Último grado de estudios: _____

Último empleo: _____

Delito:

Desaparición	Secuestro	Homicidio	Otro:
--------------	-----------	-----------	-------

Lugar del delito: _____ Fecha de comisión: _____

2.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS RELATIVOS A LA COMISION DEL DELITO

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de defunción:				
Acta de presunción de muerte:				
Declaratoria de ausencia:				
Denuncia:				
Oficio emitido por la Fiscalía de personas no localizadas:				

3- SEGUNDA VÍCTIMA DIRECTA DEL DELITO

Nombre de la víctima: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo:

F	M
---	---

Lugar de nacimiento: _____ Parentesco con el menor: _____

Escolaridad (terminada):	Educación inicial	Jardín de niños	Primaria	Secundaria	Medio Superior
	Técnico superior	Profesional	Posgrado	Otro:	

Último grado de estudios: _____

Último empleo: _____

Delito:

Desaparición	Secuestro	Homicidio	Otro:
--------------	-----------	-----------	-------

Lugar del delito: _____ Fecha de comisión: _____

3.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS RELATIVOS A LA COMISION DEL DELITO

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de defunción:				
Acta de presunción de muerte:				
Declaratoria de ausencia:				
Denuncia:				
Oficio emitido por la Fiscalía de personas no localizadas:				

3.2- SUCESOS RELATIVOS A LA COMISIÓN DEL DELITO

¿Recibió apoyo para realizar la denuncia? Sí No Especifique: _____

¿Ha presentado problemas tras el suceso? Sí No Especifique: _____

¿Ha recibido apoyo familiar? Sí No Especifique: _____

¿Algún miembro de la familia atestiguó el delito? Sí No ¿Quiénes? _____

¿Algún miembro de la familia fue agredido o sufrió algún tipo de violencia previo, durante o posterior al evento? Sí No

Si la respuesta fue "sí", ¿quiénes? _____

4- DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____ Dirección: _____		
Colonia: _____ Localidad: _____		
Director de la escuela: _____ Teléfono: _____		
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
Enfermedades padecidas el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
¿Recibió o recibe apoyo psicológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____	

4.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURP: _____

Observaciones generales de la entrevista:

5- DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

2

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____	Dirección: _____	
Colonia: _____	Localidad: _____	
Director de la escuela: _____	Teléfono: _____	
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
Enfermedades padecidas el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
¿Recibió o recibe apoyo psicológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____	

5.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

Acta de nacimiento:
CURP:
Constancia de estudios:
Boleta de calificaciones:

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURP: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

¿Quiénes somos?	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tamaulipas, mejor conocido como DIF Tamaulipas, con domicilio en Calzada Gral. Luis Caballero 297, entre Úrsulo Galván y Río San Juan, colonia Tamatán, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, C.P. 87060, y portal de internet http://www.diftamaulipas.gob.mx/ , es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:
¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?	Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: <ul style="list-style-type: none"> ● Integración y seguimiento de expedientes ● Generación de un padrón de participantes y/o beneficiarios. ● Investigación y diagnósticos.
¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?	Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en http://www.diftamaulipas.gob.mx/

VISTO BUENO

Entrevistador:

Entrevistado:

Comisaria del Sistema DIF

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____ Dirección: _____		
Colonia: _____ Localidad: _____		
Director de la escuela: _____ Teléfono: _____		
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
Enfermedades padecidas el último año:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
¿Recibió o recibe apoyo psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____

6.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

Acta de nacimiento:

CURP:

Constancia de estudios:

Boleta de calificaciones:

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURP: _____

ACUSE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA EXPEDIENTE

DOCUMENTOS	Solicitante		Víctima		Víctima 2		Beneficiario 1		Beneficiario 2		Beneficiario 3		Beneficiario 4	
Acta de nacimiento	SI	NO					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CURP	SI	NO					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Comprobante de domicilio	SI	NO												
Credencial de elector	SI	NO												
Comprobante de ingresos	SI	NO												
RFC	SI	NO												
Carta de tutoría	SI	NO												
Acta de Defunción			SI	NO	SI	NO								
Acta de Sentencias (Presunción)			SI	NO	SI	NO								
Denuncia			SI	NO	SI	NO								
Otro:			SI	NO	SI	NO								
Boleta de Calificaciones							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Constancia de Estudios							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Por medio del presente se me informa de los beneficios y obligaciones que adquiero al ser registrada como beneficiario del programa "Nuestros Niños, Nuestro Futuro", por lo cual me comprometo a lo que a continuación se detalla:

- 1.- Entregar oportunamente, cuando me sea solicitada, la documentación en original o copia fiel de la misma, sin alterar su contenido original del solicitante y los menores beneficiados según el requerimiento que el personal le solicite.
- 2.- Actualizar, de manera inmediata, mis datos personales, como cambio de domicilio o residencia, así como número de teléfono fijo y/o celular, correo y/o redes sociales, en caso de cambio o extravío.
- 3.- Informar inmediatamente cuando se realice el cambio de escuela de los beneficiados directos del programa, así como actualizar trimestralmente constancias de estudio en original.
- 4.- Acudir a la escuela de reconciliación y paz, oportunamente cuando sea requerido, para la superación personal, emocional y así cumplir con la finalidad el programa.

Causas de suspensión y cancelación de apoyos: Los apoyos económicos y en especie podrán suspenderse o cancelarse cuando la beneficiaria deje de cumplir con las obligaciones a su cargo, derivadas de las Reglas de Operación en el Programa y de los convenios derivados del mismo.

Serán Causas de Cancelación del Apoyo:

- a).- Cuando los beneficiarios dejen de estudiar en el Sistema Educativo Estatal
- b).- No cumplir con sus obligaciones
- c).- Si los beneficiarios fallecen o la víctima aparece (en caso de secuestro)
- d).- Si él o la solicitante hace mal uso de los apoyos otorgados o por transferirlo a terceras personas
- e).- Cuando el beneficiario cumpla 25 años de edad.

Serán causas de suspensión del apoyo:

- a).- Cuando él o los beneficiarios no acudan a las capacitaciones programadas por el departamento (escuela de reconciliación y paz)
- b).- Si se encuentran irregularidades en los documentos presentados por el solicitante
- c).- Si no se notifica actualización de los documentos del solicitante y beneficiario.

Entrevistador:

Entrevistado:

Fecha de recepción

Nombre y firma

Nombre y firma



Campana Estatal de **Matrimonios Colectivos**



Requisitos indispensables:

- 1.- Ser mexicanos mayores de 18 años.
- 2.- Residir en territorio tamaulipeco.
- 3.- Llenar y firmar la solicitud, implícita declaración bajo protesta.
- 4.- Copia del acta de nacimiento de los pretendientes.
- 5.- Identificación con fotografía de los pretendientes (INE, pasaporte vigente).
- 6.- Certificado de salud a que alude la fracción IV del artículo 85 del Código Civil para el Estado de Tamaulipas, al cual debe agregarse el Certificado de la Evaluación pre-concepcional, la que se realizará en forma gratuita por parte de los Centros de Atención Médica correspondiente, a los Servicios de Salud Pública del estado, debiendo entregar a la autoridad de salud copia de la solicitud debidamente sellada por el Sistema DIF de tu localidad.
- 7.- Dos testigos con identificación por cada pretendiente.
- 8.- Constancia de haber recibido pláticas para evitar la violencia familiar impartidas por el Instituto de la Mujer Tamaulipeca.
- 9.- Manifestación del régimen de su elección, régimen que tutelaré la vida de los contrayentes en su matrimonio.

Recepción de documentos:

En el Sistema DIF de tu localidad durante el mes de septiembre del 2018.



**RECEPCION DE DOCUMENTOS SE
AMPLIO AL MES DE OCTUBRE
DEL 2018.**

**PROCURADURIA DE PROTECCION
A NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES DEL SISTEMA DIF
MADERO.**

**CALLE # ARMANDO BARBA
ENTRE 35 Y 36 DE LA COL.
HERIBERTO KEHOE CD. MADERO.
TEL: 1940596**

**DE LUNES A VIERNES DE 8:00
A.M. A 15:00 HRS.**



f DIF Tamaulipas   **@dif_tam**

www.diftamaulipas.gob.mx



SEGUNDA CAMPAÑA ESTATAL DE MATRIMONIOS COLECTIVOS



SOLICITUD DE MATRIMONIO

En _____, Tam., _____ de _____

Los suscritos C.C.- _____
acudimos ante esta Oficialía del Registro Civil, a fin de solicitar la Celebración y Registro de Matrimonio Civil en nuestro favor; para tal efecto manifestamos BAJO PROTESTA DE LEY Y DE DECIR VERDAD que es nuestra voluntad unimos en matrimonio civil, y que no tenemos impedimento alguno para tal efecto, así también declaramos lo siguiente:

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____
DOMICILIO: CALLE _____, COL.(Fracc.) _____
_____ EN _____
(Localidad) (Estado)
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

¿CONTRAJO MATRIMONIO CIVIL ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____
Si su respuesta es Si deberá anexar a la presente copia simple del acta de divorcio o nulidad.

PADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____
MADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

DATOS DE LA SOLICITANTE

NOMBRE: _____ APELLIDOS _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____
DOMICILIO: CALLE _____, COL.(Fracc.) _____
_____ EN _____
(Localidad) (Estado)
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____

¿CONTRAJO MATRIMONIO CIVIL ANTERIORMENTE? SI _____ NO _____
Si su respuesta es Si deberá anexar a la presente copia simple del acta de divorcio o nulidad.

PADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____
MADRE: NOMBRE _____
NACIONALIDAD _____ EDAD _____ DOMICILIO: CALLE _____
COL.(Fracc.) _____ EN _____
FINADO: SI _____ NO _____

EL CONTRATO DE MATRIMONIO QUEDARÁ SUJETO AL REGIMEN DE: SOCIEDAD CONYUGAL SEPARACIÓN DE BIENES

NOTA: EN CASO DE SER SUJETO AL REGIMEN DE SEPARACIÓN DE BIENES, DEBERA ANEXAR CONVENIO DE CAPITULACIONES MATRIMONIALES, MENCIONADO EN EL ART. 85, FRACCIÓN V, DEL CÓDIGO CIVIL VIGENTE EN LA ENTIDAD.



DATOS DE LOS TESTIGOS

PRIMER TESTIGO DEL CONTRAYENTE: NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
DOMICILIO: CALLE _____ NUM. _____ COL. _____
FRACC. _____ CD. _____ EDO. _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
PARENTESCO _____

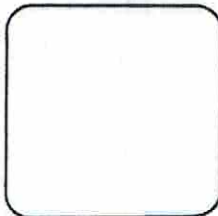
SEGUNDO TESTIGO DEL CONTRAYENTE: NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
DOMICILIO: CALLE _____ NUM. _____ COL. _____
FRACC. _____ CD. _____ EDO. _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
PARENTESCO _____

PRIMER TESTIGO DE LA CONTRAYENTE: NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
DOMICILIO: CALLE _____ NUM. _____ COL. _____
FRACC. _____ CD. _____ EDO. _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
PARENTESCO _____

SEGUNDO TESTIGO DE LA CONTRAYENTE: NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____
DOMICILIO: CALLE _____ NUM. _____ COL. _____
FRACC. _____ CD. _____ EDO. _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
PARENTESCO _____

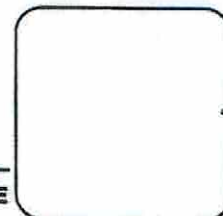
LOS SUSCRITOS PRETENDIENTES DECLARAMOS BAJO PROTESTA DE LEY Y DE DECIR VERDAD QUE NO TENEMOS IMPEDIMENTO LEGAL PARA CASARNOS, QUE NO ESTAMOS CASADOS ENTRE SI, NI CON PERSONA DISTINTA, BAJO NINGUN OTRO NOMBRE, NI EN OTRO ESTADO, MUNICIPIO U OFICIALIA, HACIENDONOS RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS QUE LLEGASE A OCASIONAR LA CELEBRACIÓN DE ESTE MATRIMONIO.

FIRMA DE LOS SOLICITANTES



PULGAR DERECHO

FIRMA DEL CONTRAYENTE



PULGAR DERECHO

FIRMA DE LA CONTRAYENTE

FIRMA O HUELLA DEL PRIMER TESTIGO
DEL CONTRAYENTE

FIRMA O HUELLA DEL PRIMER TESTIGO
DE LA CONTRAYENTE

FIRMA O HUELLA DEL SEGUNDO TESTIGO
DEL CONTRAYENTE

FIRMA O HUELLA DEL SEGUNDO TESTIGO
DE LA CONTRAYENTE

SELLO DIF MUNICIPAL



**PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN A NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SISTEMA DIF MADERO**



ASESORIA JURIDICA

FECHA: _____

Solicitud No. _____ Asunto: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono: _____

Propio: _____ Renta: _____ INE: _____

Ocupación: _____ Ingresos: _____

Originario: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estudios: _____ Estado Civil: _____ No. Hijos: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Originario: _____

Ocupación: _____ Ingresos: _____

Domicilio: _____

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA ASESORIA



**PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN A NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL SISTEMA DIF MADERO**



Persona Citada: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Canalizado a: _____

Observaciones: _____

Nombre del Asesor Jurídico: _____

Firma de la Persona Asesorada

REGISTRO INICIAL

FECHA	MUNICIPIO	LOCALIDAD	NO. BENEFICIARIOS

Vía de canalización: _____ Tiempo de aplicación: _____

1- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

Dirección: _____
Calle _____ Entre calles _____ Núm. Ext. _____

Núm. Int. _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio _____ C. P. _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Fecha de nacimiento: _____
Día/mes/año

Lugar de nacimiento: _____
Municipio _____ Estado _____ País _____

Sexo: F M Estado Civil: S C UL V D

Servicio médico: IMSS ISSSTE Seguro Popular Centro de salud Privado Ninguno
Otro (especifique): _____

Escolaridad:

Educación Inicial	Jardín de niños	Primaria	Secundaria	Medio superior
Técnico superior	Profesional	Posgrado	Otro:	

Último Grado de estudios: _____

Cuenta con empleo: Sí No Ocupación: _____

Ingreso mensual: \$ _____ Pesos

Su vivienda es: Propia Rentada Prestada Otra: _____ Número de cuartos: _____

Cuenta con: Agua potable Sí No Drenaje Sí No Electricidad Sí No

Parentesco con el menor: Madre Padre Tutor: _____

Cuenta con apoyo de gobierno: Sí No ¿En qué consiste? _____

¿Desea ingresar a la bolsa de trabajo? Sí No Especifique: _____

¿Requiere apoyo jurídico? Sí No Especifique: _____

¿Requiere apoyo psicológico? Sí No Especifique: _____

1.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL SOLICITANTE

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:				
CURP:				
Comprobante de domicilio:				
Credencial de elector:				
Comprobante de ingresos:				
RFC:				

CURP: _____

INE (clave): _____

RFC: _____

2- VÍCTIMA DIRECTA DEL DELITO

Nombre de la víctima: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 Lugar de nacimiento: _____ Parentesco con el menor: _____
 Escolaridad (terminada):

Educación inicial	Jardín de niños	Primaria	Secundaria	Medio Superior
Técnico superior	Profesional	Posgrado	Otro:	

 Último grado de estudios: _____
 Último empleo: _____
 Delito: Desaparición Secuestro Homicidio Otro:
 Lugar del delito: _____ Fecha de comisión: _____

2.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS RELATIVOS A LA COMISION DEL DELITO

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de defunción:				
Acta de presunción de muerte:				
Declaratoria de ausencia:				
Denuncia:				
Oficio emitido por la Fiscalía de personas no localizadas:				

3- SEGUNDA VÍCTIMA DIRECTA DEL DELITO

Nombre de la víctima: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 Lugar de nacimiento: _____ Parentesco con el menor: _____
 Escolaridad (terminada):

Educación inicial	Jardín de niños	Primaria	Secundaria	Medio Superior
Técnico superior	Profesional	Posgrado	Otro:	

 Último grado de estudios: _____
 Último empleo: _____
 Delito: Desaparición Secuestro Homicidio Otro:
 Lugar del delito: _____ Fecha de comisión: _____

3.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS RELATIVOS A LA COMISION DEL DELITO

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de defunción:				
Acta de presunción de muerte:				
Declaratoria de ausencia:				
Denuncia:				
Oficio emitido por la Fiscalía de personas no localizadas:				

3.2- SUCESOS RELATIVOS A LA COMISIÓN DEL DELITO

¿Recibió apoyo para realizar la denuncia? Sí No Especifique: _____

¿Ha presentado problemas tras el suceso? Sí No Especifique: _____

¿Ha recibido apoyo familiar? Sí No Especifique: _____

¿Algún miembro de la familia atestiguó el delito? Sí No ¿Quiénes? _____

¿Algún miembro de la familia fue agredido o sufrió algún tipo de violencia previo, durante o posterior al evento? Sí No

Si la respuesta fue "sí", ¿quiénes? _____

4- DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

1

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____	Dirección: _____	
Colonia: _____	Localidad: _____	
Director de la escuela: _____	Teléfono: _____	
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
Enfermedades padecidas el último año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____	
¿Recibió o recibe apoyo psicológico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____	

4.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

Acta de nacimiento:
CURP:
Constancia de estudios:
Boleta de calificaciones:

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURP: _____

Observaciones generales de la entrevista:

5- DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

2

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____	Dirección: _____	
Colonia: _____	Localidad: _____	
Director de la escuela: _____	Teléfono: _____	
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
Enfermedades padecidas el último año:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
¿Recibió o recibe apoyo psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____

5.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

Acta de nacimiento:
CURP:
Constancia de estudios:
Boleta de calificaciones:

	Copia		Copia con cotejo	
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CURP:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

CURP: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

¿Quiénes somos?	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tamaulipas, mejor conocido como DIF Tamaulipas, con domicilio en Calzada Gral. Luis Caballero 297, entre Úrsulo Galván y Río San Juan, colonia Tamatán, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, C.P. 87060, y portal de internet http://www.diftamaulipas.gob.mx/ , es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:
¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?	Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: <ul style="list-style-type: none"> • Integración y seguimiento de expedientes • Generación de un padrón de participantes y/o beneficiarios. • Investigación y diagnósticos.
¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?	Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en http://www.diftamaulipas.gob.mx/

VISTO BUENO

Entrevistador:

Entrevistado:

Comisaría del Sistema DIF

Nombre y firma

Nombre y firma

Nombre y firma

DATOS DEL BENEFICIARIO

Número de caso:

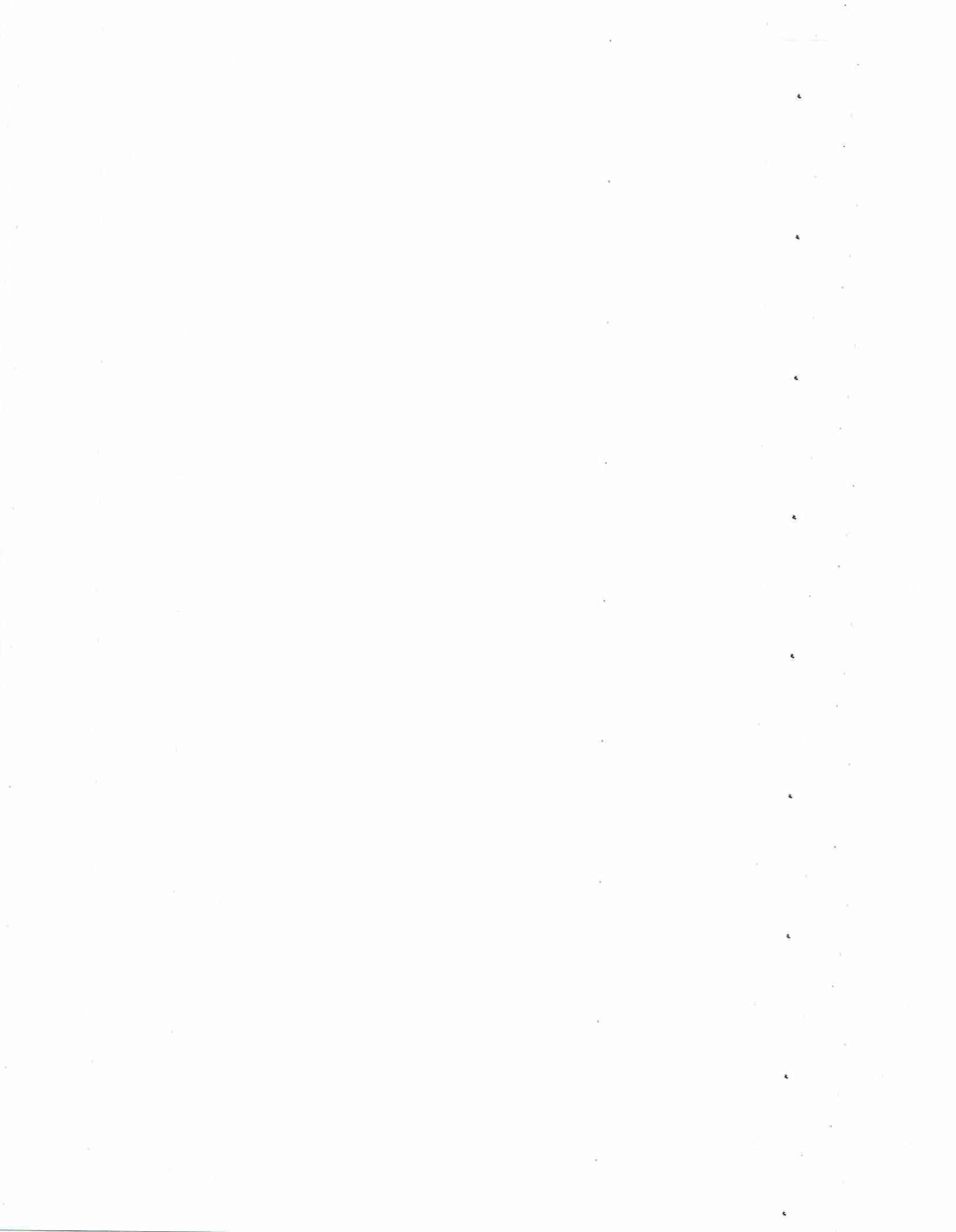
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lugar de nacimiento: _____	Becado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa: _____
Escolaridad: _____	Grado: _____	Grupo: _____ Turno: _____
Nombre del plantel educativo: _____		
CCT: _____	Dirección: _____	
Colonia: _____	Localidad: _____	
Director de la escuela: _____	Teléfono: _____	
Servicio médico:	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE
	<input type="checkbox"/> Seguro Popular	<input type="checkbox"/> Centro de salud
	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Ninguno
Estado de salud:	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena
	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
	<input type="checkbox"/> Muy mala	
Enfermedad crónica:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
Enfermedades padecidas el último año:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles: _____
¿Recibió o recibe apoyo psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____

6.1- DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL BENEFICIARIO

Acta de nacimiento:
CURP:
Constancia de estudios:
Boleta de calificaciones:

	Copia		Copia con cotejo	
	Sí	No	Sí	No
Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CURP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constancia de estudios:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleta de calificaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CURP: _____



ACUSE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA EXPEDIENTE

DOCUMENTOS	Solicitante		Víctima		Víctima 2		Beneficiario 1		Beneficiario 2		Beneficiario 3 ^a		Beneficiario 4	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Acta de nacimiento	SI	NO					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CURP	SI	NO					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Comprobante de domicilio	SI	NO												
Credencial de elector	SI	NO												
Comprobante de ingresos	SI	NO												
RFC	SI	NO												
Carta de tutoría	SI	NO												
Acta de Defunción			SI	NO	SI	NO								
Acta de Sentencias (Presunción)			SI	NO	SI	NO								
Denuncia			SI	NO	SI	NO								
Otro:			SI	NO	SI	NO								
Boleta de Calificaciones							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Constancia de Estudios							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Por medio del presente se me informa de los beneficios y obligaciones que adquiero al ser registrada como beneficiario del programa "Nuestros Niños, Nuestro Futuro", por lo cual me comprometo a lo que a continuación se detalla:

- 1.- Entregar oportunamente, cuando me sea solicitada, la documentación en original o copia fiel de la misma, sin alterar su contenido original del solicitante y los menores beneficiados según el requerimiento que el personal le solicite.
- 2.- Actualizar, de manera inmediata, mis datos personales, como cambio de domicilio o residencia, así como número de teléfono fijo y/o celular, correo y/o redes sociales, en caso de cambio o extravío.
- 3.- Informar inmediatamente cuando se realice el cambio de escuela de los beneficiados directos del programa, así como actualizar trimestralmente constancias de estudio en original.
- 4.- Acudir a la escuela de reconciliación y paz, oportunamente cuando sea requerido, para la superación personal, emocional y así cumplir con la finalidad del programa.

Causas de suspensión y cancelación de apoyos: Los apoyos económicos y en especie podrán suspenderse o cancelarse cuando la beneficiaria deje de cumplir con las obligaciones a su cargo, derivadas de las Reglas de Operación en el Programa y de los convenios derivados del mismo.

Serán Causas de Cancelación del Apoyo:

- a).- Cuando los beneficiarios dejen de estudiar en el Sistema Educativo Estatal
- b).- No cumplir con sus obligaciones
- c).- Si los beneficiarios fallecen o la víctima aparece (en caso de secuestro).
- d).- Si él o la solicitante hace mal uso de los apoyos otorgados o por transferirlo a terceras personas
- e).- Cuando el beneficiario cumpla 25 años de edad.

Serán causas de suspensión del apoyo:

- a).- Cuando él o los beneficiarios no acudan a las capacitaciones programadas por el departamento (escuela de reconciliación y paz)
- b).- Si se encuentran irregularidades en los documentos presentados por el solicitante
- c).- Si no se notifica actualización de los documentos del solicitante y beneficiario.

Entrevistador:

Entrevistado:

Fecha de recepción

Nombre y firma

Nombre y firma