



FORMATO DE SOLICITUD DE INGRESO A ESTANCIA

| | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA | | ESTRATO | SOLICITUD NO. |
| FECHA DE NACIMIENTO(DÍA/MES/AÑO) | FECHA DE ELABORACIÓN DE SOLICITUD | | SEXO |
| NOMBRE DE LA PERSONA BENEFICIARIA O DERECHOHABIENTE | | | |
| MARQUE CON UNA "X" EN EL PARÉNTESIS SU ESTADO CIVIL: CASADA (O) () DIVORCIADA (O) () SOLTERA (O) () UNIÓN LIBRE () VIUDA (O) () | | | |
| ESCOLARIDAD: | TELÉFONO PARTICULAR | CELULAR | |
| DOMICILIO PARTICULAR. (CALLE, NO. EXTERIOR, NO. INTERIOR, COLONIA Y CODIGO POSTAL) | | POBLACIÓN | |
| CORREO ELECTRONICO | DEPENDENCIA | PUESTO | |
| ADSCRIPCIÓN (CENTRO DE TRABAJO) | TELÉFONO OFICINA: | R.F.C. | |
| DOMICILIO OFICINA O CENTRO DE TRABAJO: | | HORARIO LABORAL: | |
| NOMBRE DE OTRA PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO O NIÑA: | | | |
| ESCOLARIDAD: | TELÉFONO PARTICULAR | CELULAR | |
| CORREO ELECTRONICO | DEPENDENCIA: | PUESTO | |
| ADSCRIPCIÓN (CENTRO DE TRABAJO): | TELÉFONO OFICINA: | R.F.C. | |
| DOMICILIO OFICINA O CENTRO DE TRABAJO: | | HORARIO LABORAL: | |
| NOTIFIQUE SI EL NIÑO O NIÑA TIENE ALGÚN PADECIMIENTO MEDICO: SI () NO () CUAL: | | | |
| NOTIFIQUE SI EL NIÑO O NIÑA TIENE ALGÚN TIPO O GRADO DE DISCAPACIDAD. SI () NO () CUAL: _____ | | | |
| DEBERÁ DE PRESENTAR UNA CONSTANCIA MEDICA DETALLADA QUE NOS REFIERA EL TIPO DE ATENCIÓN QUE EL NIÑO O NIÑA NECESITA DENTRO DE UNA ESTANCIA INFANTIL. | | | |
| NOTIFIQUE SI EL NIÑO O NIÑA PRESENTA ALGÚN TIPO DE RECOMENDACIÓN MEDICA, TERAPEUTICA O NUTRICIONAL: SI () NO () CUAL: | | | |
| NOTIFIQUE SI EL NIÑO O NIÑA SE ENCUENTRA RECIBIENDO ATENCIÓN PSICOLÓGICA, PEDAGÓGICA O NUTRICIONAL: SI () NO () CUAL: | | | |
| REQUISITOS: | | | |
| DEBERÁ DE PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN | | | |
| A) 1 COPIA DEL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO. | | | |
| B) 1 COPIA DEL ÁCTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO O NIÑA. | | | |
| C) 1 VIGENCIA DE DERECHOS EN ORIGINAL, A NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE, INDICANDO EL NOMBRE DEL NIÑO O LA NIÑA QUE REQUIERE EL SERVICIO. | | | |
| D) 1 CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO POR MEDICO DE ISSSTE , EL CUAL TIENE VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES. EN EL CASO DE QUE EL NIÑO O LA NIÑA PRESENTARÁ ALGUNA DISCAPACIDAD O PADECIMIENTO , DEBERÁ ENTREGAR EVALUACIÓN DIAGNOSTICA POR ESPECIALISTA . | | | |
| OBSERVACIONES: | | | |
| 1.- SI LOS DATOS REFERIDOS NO SON VERÍDICOS, LA SOLICITUD NO TENDRÁ VALIDEZ. | | | |
| 2.- DEBERÁ DE ASISTIR A ESTE DEPARTAMENTO MENSUALMENTE, PARA REFRENDAR SU SOLICITUD DE INGRESO, EN CASO DE NO ACUDIR DURANTE TRES MESES CONSECUTIVOS Y POSTERIORMENTE CADA TRES MESES HASTA CONCLUIR ESTE PROCESO, SE CANCELARA SU SOLICITUD DE LA LISTA DE ESPERA QUEDANDO POR ENTENDIDO QUE DEJO DE INTERESARLE EL SERVICIO. | | | |
| 3.- POR RAZÓN DE LA PRIVACIDAD DE LOS DATOS DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO DE ESTANCIAS, AMERITAMOS LA PRESENCIA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR(A) DEL NIÑO O LA NIÑA. | | | |
| 4.- EL SOLICITANTE, ESTÁ OBLIGADO A NOTIFICAR EN SU CASO, DEL CAMBIO DE DOMICILIO Y/O TELEFONOS EN EL MOMENTO EN QUE LLEGARA A OCURRIR, YA QUE AL NO SER POSIBLE ESTABLECER COMUNICACIÓN PARA DARLE SEGUIMIENTO A SU CASO, SE CANCELARA LA SOLICITUD DE LA LISTA DE ESPERA. | | | |
| 5.- EN CASO DE NO EXISTIR LUGAR DISPONIBLE, EN EL MOMENTO EN EL QUE REALIZA LA SOLICITUD, ACEPTA PERMANECER EN LISTA DE ESPERA, HASTA QUE SE LE ASIGNE LUGAR. | | | |
| FIRMA DE CONFORMIDAD: _____ | | ATENDIO SU SOLICITUD: _____ | |