



**FORMATO DE SOLICITUD DE INGRESO A ESTANCIA**

NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA		ESTRATO	<b>SOLICITUD NO.</b>
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 <b>CONSTANCIA MEDICA DETALLADA</b> 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:			
<b>REQUISITOS:</b>			
<b>DEBERÁ DE PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN</b>			
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 <b>MEDICO DE ISSSTE</b> , EL CUAL TIENE VIGENCIA DE 30 DÍAS NATURALES. EN EL CASO DE QUE EL NIÑO O LA NIÑA PRESENTARÁ ALGUNA <b>DISCAPACIDAD O PADECIMIENTO</b> , DEBERÁ ENTREGAR <b>EVALUACIÓN DIAGNOSTICA POR ESPECIALISTA</b> .			
<b>OBSERVACIONES:</b>			
1.- <b>SI LOS DATOS REFERIDOS NO SON VERÍDICOS, LA SOLICITUD NO TENDRÁ VALIDEZ.</b>			
2.- DEBERÁ DE ASISTIR A ESTE DEPARTAMENTO MENSUALMENTE, PARA <b>REFRENDAR</b> SU SOLICITUD DE INGRESO, <b>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.</b>			
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 <b>OBLIGADO</b> A NOTIFICAR EN SU CASO, DEL <b>CAMBIO DE DOMICILIO Y/O TELEFONOS</b> EN EL MOMENTO EN QUE LLEGARA A OCURRIR, YA QUE AL NO SER POSIBLE ESTABLECER COMUNICACIÓN PARA DARLE SEGUIMIENTO A SU CASO, <b>SE CANCELARA LA SOLICITUD DE LA LISTA DE ESPERA.</b>			
5.- EN CASO DE NO EXISTIR LUGAR DISPONIBLE, EN EL MOMENTO EN EL QUE REALIZA LA SOLICITUD, <b>ACEPTA PERMANECER EN LISTA DE ESPERA, HASTA QUE SE LE ASIGNE LUGAR.</b>			
<b>FIRMA DE CONFORMIDAD:</b> _____		<b>ATENDIO SU SOLICITUD:</b> _____	