

PROGRAMA APOYO ALIMENTARIO A MUJERES EMBARAZADAS, EN PERIODO DE LACTANCIA Y A MENORES DE 2 AÑOS (PAMEL)

FORMATO DE REGISTRO

DELEGACIÓN REGIONAL SEDIF: _____ 1. FECHA DE ELABORACIÓN: _____

2. NOMBRE DE LA POSIBLE BENEFICIARIA:

_____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

3. FECHA DE NACIMIENTO: _____ 4. ESTADO CIVIL: _____
DÍA / MES / AÑO

5. TELÉFONO: _____ 6. CURP: _____

7. SEMANAS DE EMBARAZO (en caso de que aplique): _____	NOMBRE DEL (LA) HIJO (A) (en caso de que aplique):		NOMBRE DEL (LA) TUTOR (A) (en caso de que aplique):
	_____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO	_____	
	_____ NOMBRE (S)	CURP _____	
	FECHA DE NACIMIENTO: _____ DÍA / MES / AÑO		

8. DOMICILIO: CALLE _____ No. EXTERIOR: _____ No. INTERIOR: _____

COLONIA: _____ REFERENCIA DOMICILIARIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

9. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE Y ORDEN DE PRESENTACIÓN EN DONDC

EMBARAZO	PERIODO DE LACTANCIA Y/O CON HIJO(A) MENOR A DOS AÑOS
<ul style="list-style-type: none"> a. FORMATO DEL REGISTRO AL PROGRAMA (ORIGINAL). b. CERTIFICADO MÉDICO, CARTILLA O CARNET DE LA MUJER EMBARAZADA. c. ACTA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA BENEFICIARIA (COPIA). d. CURP DE LA MADRE BENEFICIARIA (COPIA). e. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA BENEFICIARIA (COPIA) O CONSTANCIA DE IDENTIDAD (ORIGINAL). f. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA INGRESAR AL PROGRAMA (ORIGINAL). g. COMPROBANTE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (COPIA). h. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES (ORIGINAL). i. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR (COPIA). PARA LOS CASOS EN QUE LA PERSONA POSIBLE BENEFICIARIO(A) SEA MENOR DE 18 AÑOS. 	<ul style="list-style-type: none"> a. FORMATO DEL REGISTRO AL PROGRAMA (ORIGINAL). b. DOCUMENTO QUE COMPROBE LA EXISTENCIA DEL MENOR, PUEDE SER CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES: - CARTILLA MÉDICA DEL MENOR CON TODOS LOS DATOS. - ACTA DE NACIMIENTO. - CURP. - CONSTANCIA DE ALUMBRAMIENTO (MENOR A 5 MESES DE EDAD). c. ACTA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA BENEFICIARIA (COPIA). d. CURP DE LA MADRE BENEFICIARIA (COPIA). e. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA BENEFICIARIA (COPIA) O CONSTANCIA DE IDENTIDAD (ORIGINAL). f. ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA INGRESAR AL PROGRAMA (ORIGINAL). g. COMPROBANTE DOMICILIARIO ACTUALIZADO (COPIA). h. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES (ORIGINAL). i. IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL TUTOR (COPIA). PARA LOS CASOS EN QUE LA POSIBLE BENEFICIARIO(A) SEA MENOR DE 18 AÑOS.

Toda la documentación solicitada para la conformación del expediente es de carácter obligatorio, deberá ser entregada engrapada y en el orden que se indica. De faltar algún documento, el expediente no podrá ser considerado para evaluarlo y para su posterior ingreso al programa, siendo responsabilidad de la instancia que recaba la información y quien da la autorización.

ANTES DE FIRMAR EL PRESENTE DOCUMENTO SE DEBERÁ LEER EN PRESENCIA DE LA PERSONA, PARA CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

10. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DE LA POSIBLE BENEFICIARIA O SI APLICA DEL TUTOR BAJO PROTESTA QUE HE DICHO LA VERDAD Y ME SUJETO A LO ESTABLECIDO EN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA.

11. NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA DE LA PERSONA DEL SMDIF Y/O DELEGACIÓN SEDIF QUE RECABA LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, HABIÉNDOLA REVISADO Y AVALADO.

12. NOMBRE COMPLETO DE LA PRESIDENTA DIF MUNICIPAL, FIRMA Y SELLO OFICIAL CORRESPONDIENTE, DANDO EL Vº. BO.

13. NOMBRE COMPLETO DEL DELEGADO(A), FIRMA Y SELLO CORRESPONDIENTE DE LA DELEGACIÓN SEDIF DE AUTORIZACIÓN.