

Oportunidades



NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN

Titular Beneficiario(a)			FOLIO ENCASEH	FAMILIA ID				
Presente: C.								
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)				
FOLIO PROGRAMA			FASE – BIMESTRE DE INCORPORACIÓN			PERIODO DE INCORPORACIÓN		
VIGENCIA DE ATENCIÓN		VIGENCIA DE CAPTURA		ESTRUCTURA TERRITORIAL OPERATIVA		FECHA DE ENTREGA AL TITULAR BENEFICIARIO(A)		
						DD	MM	AA

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO) le notifica que, con base a la evaluación de la información que nos proporcionó sobre las características de su vivienda y de las condiciones socioeconómicas y demográficas de su hogar, su familia es elegible para ser beneficiaria del [] de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior Usted:

Acepta su Incorporación al Programa
 No Acepta su Incorporación al Programa

Nota: Lo señalado anteriormente, con fundamento en el artículo 10 de la Ley General de Desarrollo Social, artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como, lo señalado en las Reglas de Operación del Programa.

Datos del Domicilio del Titular Beneficiario(a)			
CLAVE MPID	MUNICIPIO	CLAVE LOC	LOCALIDAD
DOMICILIO			AGEB
(Tipo y Nombre de Vialidad, Tipo y Nombre del Asentamiento Humano, Número Exterior y/o Interior)			
DATOS DE REFERENCIA			
(Km, entre Vialidades u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)			
NUMERO TELEFÓNICO		CORREO ELECTRONICO	
Atendió		Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado(a) de su contenido	
		Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario(a)	
Nombre completo, cargo, CUPO y firma			
"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"			

FO-G00-DGA0-02-01

VER 01

FOLIO FORMATO:



0313010101027045661

El llenado de este formato es responsabilidad del personal de la CNPDHO

ORIGINAL – TITULAR BENEFICIARIO(A) CLAVE RTY6-SEDESOL-04-001 Y SEDESOL-28-001

Oportunidades



NOTIFICACIÓN DE INCORPORACIÓN

Titular Beneficiario(a)			FOLIO ENCASEH	FAMILIA ID				
Presente: C.								
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)				
FOLIO PROGRAMA			FASE – BIMESTRE DE INCORPORACIÓN			PERIODO DE INCORPORACIÓN		
VIGENCIA DE ATENCIÓN		VIGENCIA DE CAPTURA		ESTRUCTURA TERRITORIAL OPERATIVA		FECHA DE ENTREGA AL TITULAR BENEFICIARIO(A)		
						DD	MM	AA

La Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (CNPDHO) le notifica que, con base a la evaluación de la información que nos proporcionó sobre las características de su vivienda y de las condiciones socioeconómicas y demográficas de su hogar, su familia es elegible para ser beneficiaria del [] de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Al aceptar su incorporación, el Programa se compromete a favorecer el desarrollo de las capacidades de los integrantes de su familia y usted, asume el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa. Considerando lo anterior Usted:

Acepta su Incorporación al Programa
 No Acepta su Incorporación al Programa

Nota: Lo señalado anteriormente, con fundamento en el artículo 10 de la Ley General de Desarrollo Social, artículo 38 de la Ley de Información Estadística y Geográfica, así como, lo señalado en las Reglas de Operación del Programa.

Datos del Domicilio del Titular Beneficiario(a)			
CLAVE MPID	MUNICIPIO	CLAVE LOC	LOCALIDAD
DOMICILIO			AGEB
(Tipo y Nombre de Vialidad, Tipo y Nombre del Asentamiento Humano, Número Exterior y/o Interior)			
DATOS DE REFERENCIA			
(Km, entre Vialidades u otra información adicional que facilite la ubicación del domicilio)			
NUMERO TELEFÓNICO		CORREO ELECTRONICO	
Atendió		Recibí Notificación de Incorporación y estoy enterado(a) de su contenido	
		Firma autógrafa o huella del Titular Beneficiario(a)	
Nombre completo, cargo, CUPO y firma			
"Estos programas son públicos, ajenos a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"			

FO-G00-DGA0-02-01

VER 01

FOLIO FORMATO:



0313010101027045661

El llenado de este formato es responsabilidad del personal de la CNPDHO

COPY – DELEGACIÓN DE LA CDMX EN EL ESTADO CLAVE RTY6-SEDESOL-04-001 Y SEDESOL-28-001

COPY – DELEGACIÓN DE LA CDMX EN EL ESTADO CLAVE RTY6-SEDESOL-04-001 Y SEDESOL-28-001

ANEXO V.- Reverso del Formato Notificación de Incorporación

Para Mayor Información, Consultas y Quejas:	
Por Escrito	
<p>En escrito libre, proporcionando la información indispensable que permita dar el curso legal respectivo a cada caso, como es el nombre del peticionario(a), denunciante o quejoso(a), domicilio, localidad, municipio, entidad federativa, breve descripción de hechos, lugar y fecha en que sucedieron, nombre de la persona o servidor(a) público contra quien vaya dirigida la inconformidad y la institución a la que pertenezca. La población podrá depositar sus quejas, denuncias, peticiones e inconformidades en los siguientes medios e instancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buzones fijos que se encuentren instalados en las oficinas de las Presidencias Municipales u otro orden de gobierno equivalente; • Buzones móviles ubicados temporalmente en los Puntos de Entrega de Apoyos y Mesas de Atención; • Reuniones de los Comités de Promoción Comunitaria; • En las oficinas de la Coordinación Nacional del Programa, la Secretaría de la Función Pública, la SEDESOL o el Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional; • En las Oficinas del Órgano de Control de la entidad federativa, ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o servicio público dentro del Programa, en cualquiera de sus componentes, o • En las Mesas de Atención, Unidades de Atención Regional, las Delegaciones Estatales del Programa o en la Coordinación Nacional. 	
Por Teléfono	
<p>A través del sistema de atención telefónica, llamando a los números:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Larga distancia sin costo: 01-800-500-50-50 de la Coordinación Nacional del Programa en un horario de 8:00 a 19:00 horas de lunes a viernes; • Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa: Teléfonos (55) 5482-0700, Ext. 60643 y 60644; • Secretaría de la Función Pública: DF y área metropolitana (55) 2000-3000. • A los números de los sistemas similares que operen en cada entidad federativa bajo la dirección de cada Órgano de Control de la misma o de las Delegaciones Estatales del Programa y que se encuentran en la página www.opportunidades.gob.mx 	
Por Medios Electrónicos	
<p>A través de las direcciones electrónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atencion@oportunities.gob.mx operada por la Coordinación Nacional del Programa; o contactando a la Coordinación Nacional a través de su página en Internet www.opportunidades.gob.mx; • El Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa: quejas@oportunities.gob.mx y quejas_cio@oportunities.gob.mx; o en la página de SEDESOL: www.sedesol.gob.mx; • La Secretaría de la Función Pública: en su página electrónica: www.funcionpublica.gob.mx • En las direcciones electrónicas disponibles para tal efecto en las Delegaciones Estatales del Programa. 	
Personalmente	
<ul style="list-style-type: none"> • Ante las oficinas del Órgano de Control de la entidad federativa ante la Contraloría Interna de la institución de adscripción del servidor público denunciado o responsable de proporcionar el beneficio o servicio público dentro del Programa, en cualquiera de sus componentes, o • En los diversos espacios de atención del Programa, Unidades de Atención Regional y en las Delegaciones del Programa, • En las oficinas centrales de la Coordinación Nacional del Programa en Av. Insurgentes Sur 1480, Colonia Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, D.F.; • En la Secretaría de la Función Pública en Av. Insurgentes Sur 1735, Colonia Guadalupe Inn, Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01020, México, D.F.; • En las oficinas del Órgano Interno de Control en la Coordinación Nacional del Programa en Av. Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, C.P. 03230, México, D.F.; • En las oficinas de la SEDESOL en Avenida Paseo de la Reforma No. 116, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F. 	
<p>Le recordamos que en la página de Internet www.opportunidades.gob.mx podrá consultar las Reglas de Operación que rigen tanto al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades como al Programa de Apoyo Alimentario (PAL), en ella encontrará, entre otra información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derechos, Corresponsabilidades, Obligaciones y Criterios para la Suspensión de Apoyos, etc. 	
Recuerde que:	

Todos los trámites relacionados con estos Programas son realizados de manera gratuita por el Personal de la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

CONTROL OPERATIVO

Código de Resultado Definitivo			
01	Incorporada	02	No incorporada
	¿Se requirió algún trámite mediante Ficha de Atención? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Causal de la no incorporación
0101	Incorporada con/sin trámite de cambio de Localidad / domicilio	04	No Aceptó
0102	Trámite de corrección de datos del Titular Beneficiario(a)	07	No Localizada(*)
0103	Trámite de cambio de Titular Beneficiario(a)		Otro
FOLIO DE LA FICHA DE ATENCIÓN		(*) Se refiere a las causales que se asignan al finalizar la vigencia de atención.	
Documentación entregada por el Titular Beneficiario(a)			
Para acreditar su identidad		Para acreditar sus datos personales	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Credencial para votar		<input type="checkbox"/> •Fotocopia del Acta de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Constancia de Identidad con Fotografía o de Residencia		<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la CURP	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia del Pasaporte		<input type="checkbox"/> •Fotocopia del Documento Migratorio	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Cartilla del Servicio Militar Nacional		<input type="checkbox"/> •No presenta documento para acreditar datos personales	
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)			
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Cédula de Identidad Ciudadana			
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Cédula de Identidad Personal			
<input type="checkbox"/> •Fotocopia del Documento Migratorio			
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Credencial con fotografía de servicios médicos			
<input type="checkbox"/> •Fotocopia de la Credencial con fotografía de jubilados o pensionados			
Observaciones Operativas:			

ANEXO VI.- Anverso del Formato Ficha de Atención

Estado: _____



Oportunidades

FICHA DE ATENCIÓN

BIMESTRE DE CAPTURA: _____ (PARA USO DEL ÁREA DE PADRÓN)

FECHA DE SOLICITUD

Día Mes Año

Clave RFT S: SEDESOL-004-00

MOVIMIENTOS QUE SE REALIZAN

<input type="checkbox"/> I. CORRECCIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/> IV. REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP	<input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> II. CAMBIO DE TITULAR	<input type="checkbox"/> V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE	<input type="checkbox"/> IX. REACTIVACIÓN/REINCORPORACIÓN DE FAMILIA
<input type="checkbox"/> III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS	<input type="checkbox"/> VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO	<input type="checkbox"/> X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO

DATOS DEL TITULAR

FOLIO TITULAR: _____ CLAVE OFICIAL DE LOCALIDAD: [X][X][M][M][L][L]

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____ LOCALIDAD: _____

(LADA) (TELÉFONO) (LADA) (TELÉFONO)

NÚMERO TELEFÓNICO CASA: _____ - _____ CELULAR: _____ - _____

I. CORRECCIÓN DE DATOS

CONSECUTIVO INTEGRANTE	DOCUMENTO SOPORTE PRESENTADO
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	1. COPIA ACTA DE NACIMIENTO 2. COPIA IFE 3. COPIA PASAPORTE 4. COPIA CREDENCIAL INAPAN 5. COPIA CURP 6. CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL 7. COPIA CARTILLA MILITAR 8. COPIA DOC. MIGRATORIO 9. COPIA CÉDULA DE IDENTIDAD CIUDADANA 10. COPIA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL 11. COPIA CREDENCIAL DE SERVICIOS MÉDICOS DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD O SEGURIDAD SOCIAL 12. COPIA CREDENCIAL DE JUZGADOS O PENSIONADO, EMITIDA POR UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

SI LA TITULAR CUENTA CON ETIQUETA ESPECIAL, PÉGUELA AQUÍ

II. CAMBIO DE TITULAR

NOMBRE COMPLETO DEL NUEVO TITULAR: _____ PATERNO | _____ MATERNO | _____ NOMBRE

SEXO: [H] [M] FECHA DE NACIMIENTO: [D][D]/[M][M]/[A][A][A][A] () ES NUEVO INTEGRANTE⁽¹⁾ () ES TUTOR⁽²⁾

MOTIVO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE TITULAR ANTERIOR (MARQUE SÓLO UNA CON "X")
<input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> COPIA ACTA DE DEFUNCIÓN () COPIA CONSTANCIA O CERTIFICADO DE FALLECIMIENTO () CERTIFICADO DE INHUMACIÓN () CONSTANCIA AUT. LOCAL
<input type="checkbox"/> AUSENCIA DEL HOGAR	<input type="checkbox"/> CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL	<input type="checkbox"/> CONSTANCIA O CERTIFICADO MÉDICO
<input type="checkbox"/> ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN	<input type="checkbox"/> NO REQUIERE
<input type="checkbox"/> LA TITULAR TRABAJA	
<input type="checkbox"/> LA TITULAR ESTUDIA	<input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE ESTUDIOS

DOCUMENTACIÓN SOPORTE NUEVO TITULAR (MARQUE CON "X"):

(1) COPIA ACTA DE NACIMIENTO (2) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL () COPIA ACTA DE NACIMIENTO O COPIA DOCUMENTO DE ADOCIÓN () EQUIVALENTES

III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS

(MARQUE CON UNA X SI SE REQUIERE REEXPEDICIÓN) ()

IV. REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP

(MARQUE CON UNA X LA CAUSA DE LA REPOSICIÓN)

POR PERDIDA () POR ROBO () POR TARJETA DAÑADA/MALTRATADA

TARJETA CON CHIP: EN CASO DE ERROR DE LECTURA DE HUELLA (HUELLA LISA), SE GENERA EL MEDIO DE FORMA AUTOMÁTICA, POR LO QUE NO SE REQUIERE SOLICITUD DE TRÁMITE

TARJETA DE DEBITO: LA SOLICITUD DE REPOSICIÓN SE REALIZA DIRECTAMENTE EN LA SUCURSAL **BANSEER**.

V. ALTA DE INTEGRANTE (AI) O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE (RI)

	NOMBRE DEL INTEGRANTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)	CAUSAL DE ALTA	DOCTO. SOPORTE	PARENTESCO CON JEFE DE FAMILIA	SEXO (H o M)	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTACIÓN SOPORTE ALTA
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	1	<input type="checkbox"/> (.)	<input type="checkbox"/> (.)			Día/Mes/Año	A) COPIA ACTA DE NACIMIENTO O EQUIVALENTES PARA HUÉRFANO, ABANDONADO O TUTOR B) COPIA ACTA DE ADOCIÓN C) CONSTANCIA AUTORIDAD LOCAL D) COPIA ACTA DE TUTELA PARA CÓNYUGE E) COPIA ACTA DE MATRIMONIO F) CONSTANCIA DE ATUDESAD LOCAL PARA REACTIVACIÓN G) NO REQUIERE H) PANTALLAS SSOO/ SSOB I) COPIA ACTA DE NACIMIENTO
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	2	<input type="checkbox"/> (.)	<input type="checkbox"/> (.)			Día/Mes/Año	
<input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> RI	3	<input type="checkbox"/> (.)	<input type="checkbox"/> (.)			Día/Mes/Año	

CAUSALES DE ALTA: 1) RECÉN NACIDO 2) INTEGRANTE NO REGISTRADO 3) HUÉRFANO Ó ABANDONADO 4) CÓNYUGE 5) HDO DE CÓNYUGE Ó ENTENADO 6) TUTOR Ó TITULAR SOLIDARIO

ACUSE FICHA DE ATENCIÓN



Oportunidades

NOMBRE TITULAR: _____

FOLIO TITULAR: _____

BIMESTRE RESOLUCIÓN: E-F M-A M-D J-A S-D N-D

FECHA DE SOLICITUD

Día Mes Año

<p>NOMBRE INTEGRANTE / OBSERVACIONES (I, V, VII O X)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> I. CORRECCIÓN DE DATOS</p> <p><input type="checkbox"/> II. CAMBIO DE TITULAR</p> <p><input type="checkbox"/> III. REEXPEDICIÓN DE APOYOS MONETARIOS</p> <p><input type="checkbox"/> IV. REPOSICIÓN DE MEDIO SOLO TARJETA CON CHIP</p> <p><input type="checkbox"/> V. ALTA DE INTEGRANTE O REACTIVACIÓN DE INTEGRANTE</p> <p><input type="checkbox"/> VII. BAJA DE INTEGRANTE / BECARIO</p> <p><input type="checkbox"/> VIII. BAJA DE FAMILIA</p> <p><input type="checkbox"/> IX. REACTIVACIÓN / REINCORPORACIÓN DE FAMILIA</p> <p><input type="checkbox"/> X. CORRECCIÓN DE PARENTESCO</p>	<p>NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ELABORÓ LA FICHA</p> <p>CUPO: _____</p>
--	--	---

ANEXO VII.- Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria



Constancia de Inscripción para Primaria y Secundaria Oportunidades

Estado y Municipio de 2014

COORDINACION NACIONAL DE OPORTUNIDADES PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) con folio identificación Oportunidades, inscribió en el ciclo escolar 2014-2015 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

Form fields for student name (Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno), Folio integrante, Sexo (H, M), and Fecha de nacimiento (dd, mm, aaaa).

Form fields for Clave Centro de Trabajo, Grado escolar, Grupo, Turno (Matutino, Vespertino, Nocturno, Tiempo completo), Nombre de la escuela, Municipio, and Localidad. Includes a box for 'Atentamente El Director de la Escuela' and a 'Sello de la Escuela' box.

- Titular Beneficiaria
• El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, llene con letra de molde o máquina de escribir.
• Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal de Oportunidades antes del 30 de septiembre de 2014.
• Anexar copia Fotostática del acta de nacimiento.

Para mayor información, consultas o quejas:
• Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
• Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
• Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206
• Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

ACUSE DE ENTREGA CIP-BÁSICA. Includes fields for ESTADO, MUNICIPIO, LOCALIDAD, FOLIO TITULAR, NOMBRE DEL TITULAR, and a grid for marking delivery status (ENTREGADO, NO ENTREGADO, etc.).

ANEXO VIII.- Constancia de Inscripción para Educación Media Superior



Constancia de Inscripción para Educación Media Superior **Oportunidades**

de _____ de 2014
Estado y Municipio / Día / Mes

COORDINACIÓN NACIONAL DE OPORTUNIDADES PRESENTE

Por medio de la presente hago constar que el señor (a) _____ con folio _____ identificación Oportunidades, inscribió en el ciclo escolar 2014-2015 a su hijo (a) cuyos datos se especifican a continuación:

Nombre del alumno(a): _____
Nombre(s) / Apellido Paterno / Apellido Materno

Folio integrante: [] **Sexo:** H M

Fecha de nacimiento: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Celular:** [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cuenta de correo electrónico del alumno: _____

Clave Centro de Trabajo: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Semestre:** [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] (Indique el semestre que cursa el becario)

Grupo: [] **Turno:** Matutino Vespertino Nocturno Tiempo completo

Nombre de la escuela: _____

Municipio donde se ubica la escuela: _____

Localidad donde se ubica la escuela: _____

Atentamente
El Director de la Escuela

(Nombre y firma autógrafa)

Sello de la Escuela

Titular Beneficiaria

- El llenado de este formato es responsabilidad del Plantel Educativo, llene con letra de molde o máquina de escribir.
- Una vez llenado este formato, deberá entregarse al personal de Oportunidades antes del 30 de septiembre de 2014.
- Anexar copia Fotostática del acta de nacimiento.

Para mayor información, consultas o quejas:

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1480, Col. Barrio Actipan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03230, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-82-07-00 Extensión 60206
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gob.mx

"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"

FOLIO INTEGRANTE: _____ **ACUSE DE ENTREGA** **CITP-EMS**
CICLO ESCOLAR 2014 - 2016

ESTADO: _____ **MUNICIPIO:** _____ **LOCALIDAD:** _____

FOLIO TITULAR: _____ **NOMBRE DEL TITULAR:** _____

MARCA CON UNA X EL CODIGO DE RESULTADO:

<input type="checkbox"/> 0101 ENTREGADO	<input type="checkbox"/> 04 NO ACEPTÓ	<input type="checkbox"/> 10 DUPLICADO	<input type="checkbox"/> 08 BAJA	<input type="checkbox"/> 07 FAMILIA NO LOCALIZADA	<input type="checkbox"/> 13 PROBLEMAS POLITICOS, SOCIALES O CLIMATOLÓGICOS
		1902 INTEGRANTE	0901 FAMILIA INTEGRANTE	08 INTEGRANTE NO PERTENECE A LA FAMILIA	19 OTRO

CUPO
 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIÉN ENTREGA

NOMBRE Y FIRMA / NOMBRE Y HUELLA DE QUIEN RECIBE (TITULAR)

ANEXO IX.- Anverso del Formato S1/CRUS



Familia (Apellidos):
Folio Oportunidades:

S1 / CRUS
REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS
SERVICIOS DE SALUD

Estado:
Municipio:
Localidad:
Colonia:
AGEB:

Bimestre de
Incorporación:

S1 Oportunidades

Al personal de la Unidad de Salud:

El formato S1 deberá conservarse en el expediente de la familia beneficiaria y llenarse de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. Anote en la columna (C), el día programado para la cita médica de cada integrante de la familia.
2. En la columna (A), anote "SI", si el integrante asistió a la cita médica programada; y "NO", si no asistió.
3. En la línea CUMPLIÓ CON LAS CITAS MÉDICAS, anote "SI", si todos los integrantes con cita programada asistieron a la cita médica; y "NO", si alguno de los integrantes no asistió.
4. En la línea donde dice ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO (DÍA Y NÚMERO DE TALLER), anote el "Día y número de taller" programado por el personal de salud si la titular o algún integrante de la familia asistió; y "NO", si ninguno asistió.
5. En la línea ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO OTORGADO POR LA AUXILIAR DE SALUD O ASISTENTE RURAL, anote el "Día y número del taller" programado por la auxiliar de salud si la titular o algún integrante de la familia asistió; y "NO", si ninguno asistió.
6. En la línea NÚMERO DE FOLIO DEL INTEGRANTE QUE ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO, anote el número de folio del integrante que asistió al taller comunitario.
7. En OBSERVACIONES anote si algún integrante de la familia dejó de asistir a la Unidad de Salud por fallecimiento, porque ya no vive con la familia o porque se fue de la localidad y cancele su registro.
8. En los espacios en blanco de la columna integrantes de la familia, solo puede anotar a los menores hijos de las mujeres que aparecen en este formato y en la columna OBSERVACIONES, anote el parentesco con la titular beneficiaria.

FOLIO	INTEGRANTES DE LA FAMILIA	FECHA DE NAC.	EDAD	SEXO	MES												OBSERVACIONES							
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC								
					C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
CUMPLIÓ CON LAS CITAS MÉDICAS (SI O NO):																								
ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO (DÍA Y NÚMERO DE TALLER):																								
ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO OTORGADO POR LA AUXILIAR DE SALUD O VOLUNTARIO DE SALUD:																								
NÚMERO DE FOLIO DEL INTEGRANTE QUE ASISTIÓ AL TALLER COMUNITARIO:																								

Oportunidades

CONSTANCIA DE REGISTRO A LA UNIDAD DE SALUD

Fecha de registro en la unidad de Salud (dd/mm/aa):

CRUS

Al personal de la Unidad de Salud:

1. Llene el formato, desprendalo y entreguelo a la titular beneficiaria.
2. Indique a la titular que debe entregar el formato CRUS lleno al personal de Oportunidades en la fecha que le fue indicada.
3. En caso de haber errores en el nombre de la titular o en el número de integrantes, anótelo correctamente en los recuadros punteados.

Estado:
Municipio:
Localidad:
Colonia:
AGEB:

Folio Oportunidades:

Nombre de la Titular: _____ No. De integrantes: _____

Bimestre de incorporación: _____

Nombre de la Unidad de Salud: _____ (CLUES): _____

Institución: SSA IMSS Oportunidades Urbano IMSS Oportunidades Rural ISSSTE Otro (Especifique): _____ (11 dígitos)

Jurisdicción Sanitaria o Región: _____ Tipo de Unidad: _____ Municipio: _____

Ubicación de la Unidad de Salud: _____ Localidad: _____

Estado: _____ Colonia: _____

Sello de la Unidad de Salud
Nombre y Firma del Médico

Nombre de la Titular: _____

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Colonia: _____

Folio Oportunidades: _____

Nombre y Firma del Médico: _____

CLUES: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15

01 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
02 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
03 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
04 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
05 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
06 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
07 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
08 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
09 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
10 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
11 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
12 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
13 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
14 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE
15 Intitular con una "X" (Relación correspondiente). NO EN QUIEN RECIBE

ANEXO IX.---Reverso del Formato S1/CRUS

MEMBRO DE LA FAMILIA	GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA DE ATENCIÓN		ACCIONES		
		NÚMERO	MOMENTO			
NIÑO	Nacimiento	3 sesiones	Al nacimiento, 7 y 20 días	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de signos de alarma; Evaluación física completa; Detección y referencia de anomalías al nacimiento; 	<ul style="list-style-type: none"> Registro del parto (materna); Tarjetas neonatales; Verificación de aplicación de vitamina K y profilaxis oftálmica; 	<ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones y Capacitación a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana.
	Niños y niñas menores de 5 años	14 Sesiones	A los 2, 4, 6, 8, 10, 12, 18 y 24, 30, 36, 42, 48, 54 y 60 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de factores de riesgo de anemia ferropénica; Evaluación física completa; Validación del estado de nutrición; Desarrollo de los niveles de hemoglobina (la madre de los 6 meses de edad y con una frecuencia semanal); Inmunizaciones; Trastorno del desarrollo del lenguaje; 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de problemas posturales; Promoción de la salud bucodental; Capacitación a los padres sobre el cuidado de la niña o el niño, alimentación correcta y estimulación temprana; Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes; 	<ul style="list-style-type: none"> Quimioprofilaxis para Tuberculosis; Desarrollo y Detección temprana de enfermedades;
	Niños y niñas de 5 a 9 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación física completa; Detección de trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje; Identificación de problemas posturales; 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de salud bucal; Actualización del esquema de vacunación; Promoción de la actividad física y la prevención de accidentes; 	<ul style="list-style-type: none"> Quimioprofilaxis para Tuberculosis; Promoción de la higiene personal y familiar; y Detección temprana de enfermedades;
ADOLESCENTES	Adolescentes de 10 a 19 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones; Evaluación física completa; Detección de deficiencias vitamínicas; Ornamentación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Generalizado de Salud; 	<ul style="list-style-type: none"> Mención de la adolescencia temprana como paciente de alto riesgo; Prevención, detección y control de ITS; Prevención y detección de riesgos de VIH/SIDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Quimioprofilaxis para Tuberculosis; Detección de factores de riesgo para tuberculosis y toma de muestra para bacteriología en presencia de los y ferres; 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del estado nutricional y orientación alimentaria; Detección de casos de trastornos por déficit de atención o problemas por adicciones; Promoción de la actividad física, la salud bucal y la prevención de accidentes; Detección temprana de enfermedades; y Reflexión y grupos de apoyo mutuo en adicciones;
	Mujeres de 20 a 29 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y vigilancia del estado nutricional; Información sobre cáncer cervicouterino y el corresponsal, toma de papas; Ornamentación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Ornamentación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Inmunizaciones y administración de ácido fólico según corresponde; Información sobre cáncer de mama y el corresponsal, exploración mamaria; 	<ul style="list-style-type: none"> Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Generalizado de Salud; Detección de diabetes, hipertensión arterial, astropnea y obesidad; 	<ul style="list-style-type: none"> Detección de factores de riesgo para tuberculosis y toma de muestra para bacteriología en presencia de los y ferres; Detección de diabetes, hipertensión arterial, astropnea y obesidad; Prevención y control de VIH/SIDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Prevención y control de Tuberculosis; Información sobre cáncer cervicouterino y el corresponsal; Papas; prueba de VPH;
HOMBRES	Hombres de 30 a 59 años	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y vigilancia del estado nutricional; Ornamentación-consejería sobre salud sexual y reproductiva; Inmunizaciones; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Generalizado de Salud; Detección de diabetes, hipertensión arterial, astropnea y obesidad; 	<ul style="list-style-type: none"> Prevención, detección y control de ITS; Prevención y detección de riesgos de VIH/SIDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Prevención y control de Tuberculosis; Detección de factores de riesgo para tuberculosis y toma de muestra para bacteriología en presencia de los y ferres; 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la actividad física y prevención de accidentes; Detección de problemas por adicciones; Promoción de salud bucal; y Participación en grupo de autogrupos (diabetes, hipertensión, etc.);
	Mujeres y hombres de 60 años y más	1 cada 6 meses	1 cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Detección de deficiencias vitamínicas y sufriendo; Promoción de salud bucal; Información sobre cáncer cervicouterino y el corresponsal, toma de papas; Información sobre cáncer de mama y exploración mamaria; Detección de enfermedades prevalentes; Detección de diabetes, hipertensión arterial, astropnea y obesidad; 	<ul style="list-style-type: none"> Prevención, detección y control de ITS; Prevención y detección de riesgos de VIH/SIDA y referencia del paciente para control en el 2o. nivel de atención; Prevención y control de Tuberculosis; Detección de factores de riesgo para tuberculosis y toma de muestra para bacteriología en presencia de los y ferres; Promoción de la actividad física y prevención de accidentes, con énfasis en caídas; 	<ul style="list-style-type: none"> Detección de problemas por adicciones; Prevención de IRA; Inmunizaciones; Detección de signos de alarma por deterioro cognitivo de depresión, ansiedad; Participación en grupo de apoyo mutuo (diabetes, hipertensión, etc.); Información sobre cáncer de mama y el corresponsal, exploración mamaria; Información sobre cáncer cervicouterino y el corresponsal; Papas; prueba de VPH;
EMBARAZADAS	Embarazadas	5 sesiones de acuerdo a la NICD de OMS/UNICEF	1a. Sesión primer 13 semanas 2a. Sesión semana 20-24 3a. Sesión semana 27-32 4a. Sesión semana 33-36 5a. Sesión semana 37-41	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación de embarazo; Evaluación obstétrica; Determinación de los niveles de hemoglobina (prueba de hemoglobina por método de medición); Exposición de Historia Clínica; Identificación de riesgos, signos y síntomas de alarma; 	<ul style="list-style-type: none"> Control de peso, talla y tensión arterial; Administración de hierro y ácido fólico; Prevención y detección de ITS y VIH/SIDA; 	<ul style="list-style-type: none"> Inmunizaciones; Promoción de salud bucal; y Orientación-consejería y promoción de la participación paterna;
PUERPERO	Mujeres puerperas	3 sesiones	7, 20 y 42 días	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de alojamiento conjunto y lactancia materna; Evaluación de hemograma en el día 0; Vigilancia de sangrado postparto; 	<ul style="list-style-type: none"> Detección de hipertensión, anemia y ferres; Mención y referencia oportuna de complicaciones; Información sobre métodos anticonceptivos con base en las acciones de planificación familiar del Paquete Básico Generalizado de Salud; 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación sobre cuidados del recién nacido; y Promoción de la participación paterna en el cuidado del recién nacido; planificación familiar y estimulación temprana;

- Temas de Talleres Presentación del Programa**
1. Uso del Documento Atención
 2. Alimentación y salud
 3. Desarrollo físico y salud familiar
 4. Participación social
 5. Adhesión y accesibilidad
 6. Planificación familiar
 7. Inmunización
 8. Estrategia educativa para la salud comunitaria
 9. Salud sexual y reproductiva
 10. Obesidad
 11. Alimentación correcta al lactante y la lactancia
 12. Parto seguro
 13. Prevención de enfermedades
 14. Infecciones respiratorias agudas (IRA)
 15. Tuberculosis
 16. Hipertensión arterial y diabetes
 17. Prevención de adicciones
 18. Manejo inicial de lesiones
 19. Enfermedades prevalentes
 20. Cultura para la detección de lesiones
 21. Salud bucal
 22. Estrategias educativas para mujeres y adolescentes
 23. Prevención de adicciones
 24. Parto y puerperio
 25. Cuidados del recién nacido
 26. Lactancia materna y alojamiento conjunto
 27. Cuidado de mama y cervicouterino
 28. Uso de métodos anticonceptivos modernos
 29. El menor de un año
 30. Embarazo de un año
 31. Virus
 32. Estimulación temprana
 33. Diagnóstico y uso del VCD
 34. Infecciones de transmisión sexual
 35. Prevención de VIH/SIDA
 36. Género y salud
 37. Vigilancia zoonótica
 38. Climatario, menopausia y andropausa
 39. Accidentes domésticos en caso de emergencia
 40. Atención al adulto mayor
 41. Discapacidad
 42. Otros temas vinculados a la situación epidemiológica local

Al devolver esta sección del formato al personal de Oportunidades debe presentar su Identificación Provisional Oportunidades y una identificación oficial con fotografía

Para mayor información, consulte a:

- Línea de atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-800-80 de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hrs.
- Ciudad e la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Neogigante Sur 1400, Car. Santa Anita, Delegación Santa Julia, Código Postal 52020, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al 01(52)54-83-01-00 Extensión 00200 y 00100
- Envíe correo electrónico a atencion@oportunidades.gub.mx

Respecto los datos personales de las personas que pertenecen a la familia beneficiaria:

- La titular beneficiaria o uno de sus integrantes recibe y custodia los datos personales de la familia beneficiaria.
- La titular beneficiaria o uno de sus integrantes presenta documentación falsa o alterada o oculta una situación falsa, para obtener recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria.
- La titular beneficiaria o uno de sus integrantes utiliza el nombre del Programa con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro.
- Se detecta duplicación de la familia en el Padrón Activo de Beneficiarios. Sólo en un registro la familia beneficiaria permanecerá activa, eliminándose los apoyos duplicados.
- La familia beneficiaria se no cumple con los criterios de elegibilidad del Programa como resultado de la reevaluación o del proceso de verificación de sus condiciones socioeconómicas.
- La familia beneficiaria no permite la verificación de sus condiciones socioeconómicas y demográficas.
- La familia beneficiaria no acepta su reevaluación o
- Defunción del único integrante de la familia.

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social."
 "Sus datos personales están protegidos y solo serán utilizados para fines relacionados con la operación del Programa Oportunidades, de acuerdo a Las reglas de Operación y los Lineamientos de Datos Personales emitidos por el PAF."

ANEXO XII.-Formato Anverso Ficha de Atención Aceptación / Cancelación del Esquema de Apoyos SIN HAMBRE

Estado:
**FICHA DE ATENCIÓN
ACEPTACIÓN / CANCELACIÓN
DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE**

SEDESOL Oportunidades

FECHA DE SOLICITUD
Día Mes Año

BIMESTRE DE CAPTURA: _____ (PARA USO DEL ÁREA DE PADRÓN)

FOLIO: 

TRÁMITE QUE SE REALIZA

I. ACEPTACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE II. CANCELACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE

Clave: BFTS-33333333

DATOS DEL TITULAR

FOLIO TITULAR: _____

APPELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____

CLAVE OFICIAL DE LOCALIDAD: _____ LOCALIDAD: _____

**I. ACEPTACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE
(MARQUE CON UNA "X" SI ACEPTA LA INCORPORACIÓN)**

Manifiesto mi voluntad en la presente solicitud, para ser asignado al **Esquema de Apoyos SIN HAMBRE**. Al aceptar mi tránsito, asumo el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin, como, cumplir con lo establecido en las Reglas de Operación del Programa.

**II. CANCELACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE
(MARQUE CON UNA "X" SI ACEPTA LA CANCELACIÓN)**

Manifiesto mi voluntad en la presente solicitud, para cancelar mi asignación al **Esquema de Apoyos SIN HAMBRE**. Al cancelar asumo el compromiso de cumplir lo establecido en las Reglas de Operación del Programa.

CAUSAL DE CANCELACIÓN (MARQUE SOLO UNA CON "X")

() TIENDA DECORADA CERRADA () SIN MOTIVO
() TIENDA DECORADA FEA/MÓVEL NO DISPONIBLE () OTRO (ESPECIFIQUE): _____
() MAL SERVICIO EN TIENDA
() NO EXISTENCIA DE PRODUCTOS

DOCUMENTACIÓN SOPORTE (MARQUE SOLO UNA CON "X"):

() COPIA ACTA DE NACIMIENTO () COPIA DOC. INMIGRATORIO
() COPIA IFE () COPIA CÉDULA DE IDENTIDAD CIUDADANA
() COPIA PASAPORTE () COPIA CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL
() COPIA CREDENCIAL INAPAM () COPIA CREDENCIAL DE SERVIDOR PÚBLICO DE UNA INSTITUCIÓN GOBIERNO FEDERAL
() COPIA CURP () COPIA CREDENCIAL DE SERVIDOR PÚBLICO DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL
() CONSTANCIA AUTORIDAD LOC. () COPIA CARTILLA MILITAR

RESPONSABLES DEL LLENADO Y DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN

CUPO: _____ NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIEN ELABORA LA FICHA: _____ OBLIGATORIA

CUPO: _____ NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN REVISÓ EN LINEA: _____ OPCIONAL

CUPO: _____ NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN REVISÓ EN LA OFICINA: _____ OPCIONAL

CUPO: _____ NOMBRE, FIRMA Y CUPO DE QUIEN CAPTURA (ÁREA PADRÓN): _____ OBLIGATORIA

CUPO: _____ NOMBRE, FIRMA O FUELLA DE LA TITULAR: _____ OBLIGATORIA

Al momento de solicitar el trámite y de acuerdo a lo que se especifica en la Ficha de Aceptación/Cancelación del Esquema de Apoyos SIN HAMBRE se informará a lo tratar a los documentos soporte mencionados con el fin de validarlos. La atención a los trámites será positiva cuando la familia beneficiaria presente la documentación soporte requerida.

**FICHA DE ATENCIÓN
ACEPTACIÓN / CANCELACIÓN
DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE**

SEDESOL Oportunidades

FECHA DE SOLICITUD
Día Mes Año

NOMBRE TITULAR: _____

BIMESTRE RESOLUCIÓN: E-F R-A R-3 3-A S-O R-O

FOLIO TITULAR: _____

FOLIO FICHA: 

I. ACEPTACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE

II. CANCELACIÓN DEL ESQUEMA DE APOYOS SIN HAMBRE

Manifiesto mi voluntad en la presente solicitud, para ser asignado al Esquema de Apoyos SIN HAMBRE. Al aceptar mi tránsito, asumo el compromiso tanto de utilizar los apoyos destinados para este fin, como, participar activamente en el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa.

Manifiesto mi voluntad en la presente solicitud, a fin de cancelar mi asignación al Esquema de Apoyos SIN HAMBRE. Al cancelar asumo el compromiso para el cumplimiento de las acciones establecidas en las Reglas de Operación del Programa.

NOMBRE, FIRMA, CUPO Y CARGO DE QUIEN ELABORA LA FICHA: _____ CUPO: _____

ANEXO XII.- Formato Reverso Ficha de Atención Aceptación / Cancelación del Esquema de Apoyos SIN HAMBRE

Conserve este documento para cualquier aclaración posterior al trámite que solicita, con base en los criterios y tiempos establecidos en las Reglas de Operación del Programa vigentes y al Procedimiento de Atención de Solicitudes de Mantenimiento al Padrón.

Recuerde que los apoyos monetarios se suspenden definitivamente a la familia beneficiaria cuando:

Para mayor información, consulte a nuestras:

- Llame a Atención Ciudadana en Oportunidades al 01-800-500-50-50 de lunes a viernes de 9:00 a 12:00 hrs.
- Escriba a la Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Insurgentes Sur 1450, Col. Santo Actopan, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03200, México, Distrito Federal
- Envíe un fax al (0155)-54-62-37-00 Dedicación 60206
- Envíe correo electrónico a standin@oportunidades.gob.mx

- La titular beneficiaria u otro de sus miembros venden o ceden los suplementos alimentados, así como los productos alimentados adquiridos en las unidades fijas o móviles de DICONSA que otorga el Programa;
- La titular beneficiaria u otro de los integrantes del hogar han presentado documentación falsa o alterada o han pretendido cometer una situación falsa, para intentar recibir los apoyos monetarios o los de otra familia beneficiaria.
- La titular beneficiaria u otro de los integrantes del hogar han utilizado el nombre del Programa con fines electorales, políticos, de proselitismo religioso o de lucro.
- Se detecta duplicidad de la familia en el Padrón Activo de Beneficiarios. Solo en un registro la familia beneficiaria permanecerá activa, eliminándose los apoyos duplicados;
- La familia beneficiaria ya no cumple con los criterios de elegibilidad del Programa como resultado de la evaluación de las condiciones socioeconómicas para determinar su permanencia en el Programa.
- La familia beneficiaria no permite la recolección de información socioeconómica y demográfica de su hogar
- La familia beneficiaria no acepta su recertificación o
- Defunción del único integrante de la familia

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social."
 "Sus datos personales están protegidos y sólo serán utilizados para tareas relacionadas con la operación del Programa Oportunidades, de acuerdo a las Reglas de Operación y a los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI."