



**REGISTRO DEL BENEFICIARIO**

FECHA

DÍA	MES	AÑO			

¿Habla alguna lengua indígena?  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_  No  Incorporación  Reincorporación  MEVyT  PEC

**Datos generales**

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

RFE: \_\_\_\_\_  
 (Anotar una vez que haya sido asignado)

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Mujer  Hombre

Estado Civil:  Soltero  Casado  Unión libre  Separado  Divorciado  Viudo No. de Hijos \_\_\_\_\_

**Domicilio**

Vialidad: \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Núm. Exterior \_\_\_\_\_ Núm. Interior \_\_\_\_\_  
 (Tipo: andador, avenida, boulevard, callejón, calle, cerrada, privada, corredor, prolongación, carretera, camino, terracería, etc.)

Asentamiento humano: \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 (Tipo: colonia, conjunto habitacional, ejido, ex hacienda, fraccionamiento, manzana .H., pueblo, rancho, zona militar, etc.)

Entre: \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Entre: \_\_\_\_\_  
 Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_

Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_  
 Clave \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Si requiere atención especial marque con una X la limitación física que la origina**

Caminar o moverse  Escuchar  Ver  Atender su cuidado personal  Mental  Hablar o comunicarse  Poner atención o aprender

Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Está empleado?  Sí  No  Pensionado  Desempleado  Estudiante

**Tipos de ocupación:**  Trabajador agropecuario  Inspector o supervisor  Artesano u obrero  Operador de maquinaria fija  Ayudante o similar  Empleado de gobierno

Operador de transporte o maquinaria en movimiento  Comerciante o dependiente  Trabajador doméstico  Protección o vigilancia  Quehaceres del hogar  Trabajador ambulante

**Antecedentes escolares**  Sin estudios  Primaria Grado: \_\_\_\_\_  Secundaria Grado: \_\_\_\_\_

<p><b>Documentación del beneficiario</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acta de nacimiento <input type="checkbox"/> Documento legal equivalente (extranjeros) <input type="checkbox"/> Fotografía</p> <p><input type="checkbox"/> CURP <input type="checkbox"/> Ficha signalética (CERESO)</p>	<p><b>Documentos Probatorios / Antecedentes escolares</b></p> <p><input type="checkbox"/> Informe de calificaciones de INEA <input type="checkbox"/> Boletas de primaria Grado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de primaria <input type="checkbox"/> Boletas de secundaria Grado: _____</p>
---	---

**Cotejo de Documentos, impresos o digitales, del Beneficiario**

Nombre completo de quien cotejó los documentos: \_\_\_\_\_

Fecha de cotejo de documentos: \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

Firma de quien cotejó los documentos: \_\_\_\_\_

**Nota: Sólo se debe registrar en el Sistema Informático de Control Escolar, al beneficiario cuyos documentos impresos o digitales hayan sido cotejados.**

**Alianza o convenio**

Institución o programa: \_\_\_\_\_

Ámbito:  Nacional  Estatal  MunicipalEn caso de pertenecer a **PROSPERA**, indicar lo siguiente: Beneficiario desde: \_\_\_\_\_Educación Sin Fronteras:  Migrante Repatriado  Migrante Retornado

Menos de 6 meses \_\_\_\_\_ De 6 meses a 3 años \_\_\_\_\_ Más de 3 años \_\_\_\_\_

Aliado - Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

**Ejercicio diagnóstico PEC**¿Respondió todas las preguntas del ejercicio diagnóstico del PEC?  Sí  No

Respuesta Si puede presentar el examen del PEC

Respuesta No se incorpora a alfabetización en el MEVyT

Nombre completo de quien revisó las respuestas: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión del Ejercicio: 

DIA	MES	AÑO							

Firma de quien revisó las respuestas: \_\_\_\_\_

Se recomienda examen diagnóstico:  Sí  No ¿A qué nivel ingresa?  Inicial  Primaria  SecundariaEducativos que se van a alfabetizar: ¿Acreditó el ejercicio diagnóstico?  Sí  NoVertiente:  MEVyT HISPANO  MEVyT 10 - 14  MEVyT Braille  MEVyT MIB Etnia / Lengua \_\_\_\_\_  MEVyT MIBU Ruta \_\_\_\_\_  
 Educación Sin Fronteras Ruta \_\_\_\_\_ ¿Habla inglés?  Sí  No ¿Habla español?  Sí  No**Información de la Unidad Operativa**

Unidad operativa: \_\_\_\_\_ Círculo de estudio: \_\_\_\_\_

**Declaración de NO haber obtenido certificado de estudios del nivel que pretende estudiar en el INEA**

Con fundamento en el Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y el Artículo 247, fracción I del Código Penal Federal, bajo protesta de decir verdad, manifiesto que no recibo ninguno de los apoyos señalados en las Reglas de Operación, así como no haber obtenido certificado/certificación de estudios de nivel primaria y/o secundaria, según sea el caso, en alguna institución de educación.

De ser beneficiario de algún apoyo del Programa Educación para Adultos (INEA) autorizo se me dé de baja del mismo.

El presente documento se elabora el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del Beneficiario\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o huella del dedo índice

Autorizo el uso de la información registrada en este documento, con la finalidad de generar y respaldar datos relevantes para la toma de decisiones en los procesos de planificación, control escolar, evaluación educativa o de investigación.

"Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información y los datos aquí asentados son verdaderos, que durante mi estancia en los Estados Unidos de América curse (primaria y/o secundaria o equivalente), o bien que cursé en la República Mexicana algún grado de educación primaria o secundaria, sin embargo no cuento con documentación alguna que lo acredite, reconozco que en caso de faltar a la verdad, estaré incurriendo en el delito de falsedad de declaración ante una autoridad distinta de la judicial, y podría ser acreedor(a) a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa (art. 247, fracción I del Código Penal Federal), y demás sanciones aplicables."

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del Beneficiario\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del entrevistador\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del Responsable de Acreditación de la Coordinación de Zona\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de la figura que incorpora\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de la persona que capturó

Aviso de Privacidad: Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados, según corresponda, en los sistemas institucionales del INEA que han sido debidamente inscrito en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Los datos recabados en este registro consideran lo establecido en los Artículos 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de sujetos obligados.

**Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.****Todos los servicios que proporciona el INEA son gratuitos.**