

# CÉDULA ÚNICA ONLINE PROGRAMA DE BECAS DE EDUCACIÓN BÁSICA PARA EL BIENESTAR BENITO JUÁREZ



COORDINACIÓN NACIONAL  
DE BECAS PARA EL BIENESTAR  
**BENITO JUÁREZ**

## Mensaje de inicio

### ¡Te damos la bienvenida!

La Coordinación Nacional de Becas para el Bienestar Benito Juárez pone a disposición la Cédula Única donde podrás continuar con tu proceso de solicitud de incorporación al Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez.

Para llenar la Cédula Única es necesario que tengas a la mano la siguiente información:

1.- Acuse de la Cédula de Solicitud de Incorporación.

Identifica la **CURP y el Folio de Solicitud** que se muestra en el acuse.

2.- Datos personales de los integrantes que conforman su grupo familiar:

- o Acta de nacimiento
- o CURP

Cuentas con un total de 45 minutos para realizar el llenado de la Cédula Única, en caso de no concluir la CU deberás realizar nuevamente la cédula.

Recuerda que los trámites de la CNBBBJ son GRATUITOS y puedes realizarlo en cualquier momento dentro de las fechas establecidas por el programa.

La presente solicitud no garantiza tu incorporación al programa.



**Inicia la captura de tu cédula única**

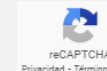
[¿No conoces tu CURP? Haz clic aquí](#)

[¿Dónde encuentro mi folio?](#)

[Consulte el Aviso de Privacidad.](#)

[¿Está usted de acuerdo con el uso de tus datos personales?](#)

No soy un robot



**Iniciar cédula única**

## REPRESENTANTE DE LA FAMILIA

**Te damos la bienvenida a tu Cédula Única.**

**Contesta lo siguiente:**

### Composición Familiar

**GRUPO FAMILIAR:** Es el grupo de personas integrado por:

1. La madre, padre, abuela materna, abuela paterna, abuelo materno, abuelo paterno, hermana (con 18 años cumplidos o más), hermano (con 18 años cumplidos o más) y/o tutor legal de las niñas, niños y/o adolescentes (NNA) inscritos en algún nivel de Educación Básica.
2. Las NNA inscritos en algún nivel de Educación Básica.
3. Otras personas con o sin vínculos consanguíneos con las NNA.

Además de REPRESENTANTE DE LA FAMILIA y del (de los) menor(es) de edad que se encuentra(n) inscrito(s) en alguna Institución Pública de Educación Básica,

¿Hay otros integrantes que formen parte de tu grupo familiar?

1. Sí  2. No → **PASE** a Módulo Datos personales y escolares..

¿Cuántas personas más conforman tu grupo familiar?

(Máximo se pueden registrar)

Comenzar

Salir



Bienvenido/a a la Cédula Única REPRESENTANTE DE LA FAMILIA, por favor completa los siguientes módulos y realiza el envío de tu información

Comenzar mi cédula única

#### NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA

Folio:  
CURP:

Total, de integrantes en la familia (Tutor, alumnos e integrantes):

Programa Elegido:

**Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez**

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>1. Datos personales y escolares de las/los alumnas/os</b>				
Datos personales de los estudiantes que se registraron en la Cédula de Solicitud de Incorporación. Todos los campos con * son obligatorios.				
🎓 ESTUDIANTE NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Hasta 5 registros)				
<b>1.1 Datos personales de las/los alumnas/os</b>				
<b>En la plataforma la información aparece precargada y no se puede modificar.</b>				
Nombre(s)*	Primer Apellido*	Segundo Apellido		
Sexo*	Fecha de Nacimiento*:	¿Lugar de nacimiento de ESTUDIANTE? *		
Edad*:	¿Cuál es la CURP de ESTUDIANTE? *	¿Qué parentesco tienes con ESTUDIANTE? *		
<b>1.2 Datos escolares de las/los alumnas/os</b>				
Datos escolares de los estudiantes que se registraron en la Cédula de Solicitud de Incorporación				
<b>En la plataforma la información aparece precargada y no se puede modificar.</b>				
¿Cuál es la Clave del Centro de Trabajo (CCT) de la escuela a la que asiste ESTUDIANTE? *	¿Cuál es el nombre de la escuela a la que asiste ESTUDIANTE? *			

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA		Total, de integrantes en la familia (Tutor, alumnos e integrantes):		Programa Elegido: Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez	
Folio:					
CURP:					
Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío	
<b>1. Datos personales y escolares de las/los alumnas/os</b>					
¿En qué entidad se ubica la escuela a la que asiste ESTUDIANTE? *			¿Cuál es el nombre del municipio o alcaldía donde se ubica la escuela de ESTUDIANTE? *		
¿Cuál es nombre de la localidad donde se ubica la escuela de ESTUDIANTE? *			¿Cuál es el nivel educativo que está cursando actualmente ESTUDIANTE? *		
¿Cuál es el grado o año que está cursando ESTUDIANTE? *					
<b>1.3 Otros datos de todo el grupo familiar</b>					
Registra los datos socioeconómicos de las/los alumnas/os registrados en la Cédula de Solicitud de Incorporación.					
Especifica si ESTUDIANTE tiene alguna discapacidad que limite considerablemente sus actividades cotidianas y básicas, la cual le restringe aun cuando utilice algún tipo de prótesis o tratamiento médico *			De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿ESTUDIANTE se considera afroamericano(a) o afrodescendiente? *		
<input type="checkbox"/> 1. Discapacidad motriz <input type="checkbox"/> 2. Discapacidad sensorial <input type="checkbox"/> 3. Discapacidad cognitivo-intelectual <input type="checkbox"/> 4. Discapacidad psicosocial <input type="checkbox"/> 5. Discapacidad visual <input type="checkbox"/> 9. Ninguna			<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
¿ESTUDIANTE habla alguna lengua indígena? *			¿Cuál? *		
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a De acuerdo con la cultura			<input type="checkbox"/> 1. Náhuatl <input type="checkbox"/> 2. Maya <input type="checkbox"/> 3. Zapoteco <input type="checkbox"/> 4. Mixteco <input type="checkbox"/> 5. Tsotsil/Tsetsal <input type="checkbox"/> 6. Otomí <input type="checkbox"/> 7. Totonaca <input type="checkbox"/> 8. Mazateco <input type="checkbox"/> 9. Chol <input type="checkbox"/> 10. Huasteco <input type="checkbox"/> 11. Chinanteco <input type="checkbox"/> 12. Mazahua <input type="checkbox"/> 13. Mixe <input type="checkbox"/> 14. Otro		
¿ESTUDIANTE también habla español? *			De acuerdo con la cultura de ESTUDIANTE ¿se considera indígena? *		
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No			<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
¿Cuál fue el último nivel que ESTUDIANTE aprobó en la escuela o servicio educativo? *			¿Cuál fue el último grado que ESTUDIANTE aprobó en la escuela o servicio educativo? *		
<input type="checkbox"/> 1. Inicial <input type="checkbox"/> 2. Preescolar <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 5. Bachillerato General/ Preparatoria			<input type="checkbox"/> 8. Licenciatura o Ingeniería <input type="checkbox"/> 9. Técnico Superior Universitario <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado		
<input type="checkbox"/> 1. 1 año <input type="checkbox"/> 2. 2 años <input type="checkbox"/> 3. 3 años <input type="checkbox"/> 4. 4 años <input type="checkbox"/> 5. 5 años <input type="checkbox"/> 6. 6 años <input type="checkbox"/> 9. Ninguno					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA		Total, de integrantes en la familia (Tutor, alumnos e integrantes):		Programa Elegido: <b>Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez</b>	
Folio:					
CURP:					
Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío	
<b>1. Datos personales y escolares de las/los alumnas/os</b>					
<input type="checkbox"/> 6. Bachillerato Tecnológico (CONALEP, CETIS, CBTIS) <input type="checkbox"/> 7. Profesional Técnico		<input type="checkbox"/> 99. Ninguno → <b>PASE</b> a Actualmente ¿a qué institución...			
Actualmente ¿a qué institución está afiliado(a) o inscrito(a) ESTUDIANTE para recibir atención médica? * (Se puede elegir hasta dos opciones)  <input type="checkbox"/> 1. INSABI <input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 9. A ninguna → <b>PASE</b> a El mes pasado ESTUDIANTE...		Actualmente ¿ESTUDIANTE está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN A por...*  <input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?		Actualmente ¿ESTUDIANTE está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN B por...*  <input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?	
<b>PARA ESTUDIANTES DE 12 AÑOS O MÁS</b>					
El mes pasado ESTUDIANTE...*  <input type="checkbox"/> 1. Trabajó <input type="checkbox"/> 2. Tenía trabajo, pero no trabajó <input type="checkbox"/> 3. Estudió y trabajó <input type="checkbox"/> 4. No trabajó ni buscó trabajo <input type="checkbox"/> 5. Buscó trabajo <input type="checkbox"/> 6. Estudió <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres domésticos		<b>PASE</b> a REPRESENTANTE DE LA FAMILIA en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a servicio médico?		Entonces el mes pasado ESTUDIANTE ...*  <input type="checkbox"/> 1. Vendió algún producto o realizó trabajos de albañilería, plomería, carpintería u otro <input type="checkbox"/> 2. Ayudó a trabajar en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona <input type="checkbox"/> 3. Hizo productos para vender <input type="checkbox"/> 4. A cambio de un pago lavó, planchó, cocinó, cortó el cabello, dio clases o prestó algún servicio <input type="checkbox"/> 5. Ayudó a trabajar en actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar, criar animales, etcétera <input type="checkbox"/> 6. No trabajó <input type="checkbox"/> 7. No hubo trabajo	
		<b>PASE</b> al siguiente integrante, en caso de ser el último continua al siguiente módulo.			
¿Cuál es la razón de que ESTUDIANTE no haya trabajado el mes pasado? *  <input type="checkbox"/> 1. Se enfermó o estuvo incapacitado(a) para trabajar (temporalmente) <input type="checkbox"/> 2. Se jubiló o pensionó <input type="checkbox"/> 3. Estuvo cuidando personas (niños/as, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfermos) <input type="checkbox"/> 4. Estuvo capacitándose <input type="checkbox"/> 5. Enfermedad crónica, discapacidad o invalidez (permanente) <input type="checkbox"/> 6. Edad avanzada <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres en el hogar <input type="checkbox"/> 8. Estuvo estudiando <input type="checkbox"/> 9. Vivió de la renta de alguna propiedad <input type="checkbox"/> 10. No hay trabajo <input type="checkbox"/> 11. Otra causa					

<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA</b> Folio: CURP:		Total, de integrantes en la familia (Tutor, alumnos e integrantes):	Programa Elegido: <b>Programa de Becas de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez</b>	
<b>Educación</b>	<b>Familia</b>	<b>Hogar</b>	<b>Apoyo y Alimentación</b>	<b>Confirmación y envío</b>
<b>1. Datos personales y escolares de las/los alumnas/os</b>				
ESTUDIANTE en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a servicio médico? *		¿A través de que institución? *		
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ESTUDIANTE en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado		<input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Otra		
ESTUDIANTE en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado? *		En su trabajo principal del mes pasado ¿ESTUDIANTE tuvo un(a) jefe(a) o supervisor(a)? *		
<input type="checkbox"/> 1. Incapacidad por enfermedad, accidente o maternidad <input type="checkbox"/> 2. SAR o Afore <input type="checkbox"/> 3. Crédito para vivienda <input type="checkbox"/> 4. Guardería <input type="checkbox"/> 5. Aguinaldo <input type="checkbox"/> 6. Seguro de vida <input type="checkbox"/> 7. No tiene derecho a ninguna de estas prestaciones <input type="checkbox"/> 8. No sé		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
En su trabajo principal del mes pasado ¿ESTUDIANTE recibió un pago? *		¿ESTUDIANTE es jubilado o pensionado? *		
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
<b>Información importante:</b> La presente solicitud no garantiza tu incorporación al programa.			Cancelar	Continuar

<b>Educación</b>	<b>Familia</b>	<b>Hogar</b>	<b>Apoyo y Alimentación</b>	<b>Confirmación y envío</b>
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
Datos registrados de los miembros de tu grupo familiar en la Cédula de Solicitud de Incorporación. Todos los campos con * son obligatorios.				
(TIPO DE REPRESENTANTE) NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE DE LA FAMILIA				
<b>2.1 Datos personales</b>				
Registra los datos personales de los miembros de tu grupo familiar.				
<b>En la plataforma la información aparece precargada y no se puede modificar.</b>				

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío															
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>																			
Nombre(s)*	Primer Apellido*		Segundo Apellido*																
Sexo*	Fecha de Nacimiento*:		¿Lugar de nacimiento de REPRESENTANTE DE LA FAMILIA?*																
Edad*:	¿Cuál es la CURP de REPRESENTANTE DE LA FAMILIA? *																		
<b>2.2 Otros datos de todo el grupo familiar</b>																			
Registra los datos socioeconómicos de las personas miembros de tu grupo familiar.																			
<p>Especifica si REPRESENTANTE DE LA FAMILIA tiene alguna discapacidad que limite considerablemente sus actividades cotidianas y básicas, la cual le restringe aun cuando utilice algún tipo de prótesis o tratamiento médico*</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Discapacidad motriz  <input type="checkbox"/> 2. Discapacidad sensorial  <input type="checkbox"/> 3. Discapacidad cognitivo-intelectual  <input type="checkbox"/> 4. Discapacidad psicosocial  <input type="checkbox"/> 5. Discapacidad visual  <input type="checkbox"/> 9. Ninguna</p>		<p>De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA se considera afromexicano(a) o afrodescendiente? *</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí    <input type="checkbox"/> 2. No</p>																	
<p>¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA habla lengua indígena? *</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí    <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a De acuerdo con la cultura...</p>		<p>¿Cuál? *</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Náhuatl.</td> <td><input type="checkbox"/> 2. Maya</td> <td><input type="checkbox"/> 3. Zapoteco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Mixteco</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Tsotsil/Tsetsal</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Otomí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. Totonaca</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Mazateco</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Chol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10. Huasteco</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Chinanteco</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Mazahua</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13. Mixe</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Otro</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1. Náhuatl.	<input type="checkbox"/> 2. Maya	<input type="checkbox"/> 3. Zapoteco	<input type="checkbox"/> 4. Mixteco	<input type="checkbox"/> 5. Tsotsil/Tsetsal	<input type="checkbox"/> 6. Otomí	<input type="checkbox"/> 7. Totonaca	<input type="checkbox"/> 8. Mazateco	<input type="checkbox"/> 9. Chol	<input type="checkbox"/> 10. Huasteco	<input type="checkbox"/> 11. Chinanteco	<input type="checkbox"/> 12. Mazahua	<input type="checkbox"/> 13. Mixe	<input type="checkbox"/> 14. Otro	
<input type="checkbox"/> 1. Náhuatl.	<input type="checkbox"/> 2. Maya	<input type="checkbox"/> 3. Zapoteco																	
<input type="checkbox"/> 4. Mixteco	<input type="checkbox"/> 5. Tsotsil/Tsetsal	<input type="checkbox"/> 6. Otomí																	
<input type="checkbox"/> 7. Totonaca	<input type="checkbox"/> 8. Mazateco	<input type="checkbox"/> 9. Chol																	
<input type="checkbox"/> 10. Huasteco	<input type="checkbox"/> 11. Chinanteco	<input type="checkbox"/> 12. Mazahua																	
<input type="checkbox"/> 13. Mixe	<input type="checkbox"/> 14. Otro																		
<p>¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA también habla español? *</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí    <input type="checkbox"/> 2. No</p>		<p>De acuerdo con la cultura de REPRESENTANTE DE LA FAMILIA ¿se considera indígena? *</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí    <input type="checkbox"/> 2. No</p>																	
<p>¿Cuál fue el último nivel que REPRESENTANTE DE LA FAMILIA aprobó en la escuela o servicio educativo? *</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Inicial</td> <td><input type="checkbox"/> 8. Licenciatura o Ingeniería</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Preescolar</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Técnico Superior Universitario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Primaria</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Especialización</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Secundaria</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Maestría</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Bachillerato General/ Preparatoria</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Doctorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. Bachillerato Tecnológico (CONALEP, CETIS, CBTIS)</td> <td><input type="checkbox"/> 99. Ninguno → <b>PASE</b> a Actualmente ¿a qué institución...</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. Profesional Técnico</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. Inicial	<input type="checkbox"/> 8. Licenciatura o Ingeniería	<input type="checkbox"/> 2. Preescolar	<input type="checkbox"/> 9. Técnico Superior Universitario	<input type="checkbox"/> 3. Primaria	<input type="checkbox"/> 10. Especialización	<input type="checkbox"/> 4. Secundaria	<input type="checkbox"/> 11. Maestría	<input type="checkbox"/> 5. Bachillerato General/ Preparatoria	<input type="checkbox"/> 12. Doctorado	<input type="checkbox"/> 6. Bachillerato Tecnológico (CONALEP, CETIS, CBTIS)	<input type="checkbox"/> 99. Ninguno → <b>PASE</b> a Actualmente ¿a qué institución...	<input type="checkbox"/> 7. Profesional Técnico		<p>¿Cuál fue el último grado que REPRESENTANTE DE LA FAMILIA aprobó en la escuela o servicio educativo? *</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 1 año  <input type="checkbox"/> 2. 2 años  <input type="checkbox"/> 3. 3 años  <input type="checkbox"/> 4. 4 años  <input type="checkbox"/> 5. 5 años  <input type="checkbox"/> 6. 6 años  <input type="checkbox"/> 9. Ninguno</p>			
<input type="checkbox"/> 1. Inicial	<input type="checkbox"/> 8. Licenciatura o Ingeniería																		
<input type="checkbox"/> 2. Preescolar	<input type="checkbox"/> 9. Técnico Superior Universitario																		
<input type="checkbox"/> 3. Primaria	<input type="checkbox"/> 10. Especialización																		
<input type="checkbox"/> 4. Secundaria	<input type="checkbox"/> 11. Maestría																		
<input type="checkbox"/> 5. Bachillerato General/ Preparatoria	<input type="checkbox"/> 12. Doctorado																		
<input type="checkbox"/> 6. Bachillerato Tecnológico (CONALEP, CETIS, CBTIS)	<input type="checkbox"/> 99. Ninguno → <b>PASE</b> a Actualmente ¿a qué institución...																		
<input type="checkbox"/> 7. Profesional Técnico																			
<p>Actualmente ¿a qué institución está afiliado(a) o inscrito(a) REPRESENTANTE DE LA FAMILIA para</p>	<p>Actualmente ¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN A por...*</p>		<p>Actualmente ¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN B por...*</p>																

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
recibir atención médica? * (Se puede elegir hasta dos opciones)  <input type="checkbox"/> 1. INSABI <input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 9. A ninguna → <b>PASE</b> a El mes pasado REPRESENTANTE DE LA FAMILIA...	<input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?	<input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?		
<b>PARA INTEGRANTES DE 12 AÑOS O MÁS</b>				
El mes pasado REPRESENTANTE DE LA FAMILIA...*  <input type="checkbox"/> 1. Trabajó <input type="checkbox"/> 2. Tenía trabajo, pero no trabajó <input type="checkbox"/> 3. Estudió y trabajó <input type="checkbox"/> 4. No trabajó ni buscó trabajo <input type="checkbox"/> 5. Buscó trabajo <input type="checkbox"/> 6. Estudió <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres domésticos	Entonces el mes pasado REPRESENTANTE DE LA FAMILIA ...*  <input type="checkbox"/> 1. Vendió algún producto o realizó trabajos de albañilería, plomería, carpintería u otro <input type="checkbox"/> 2. Ayudó a trabajar en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona <input type="checkbox"/> 3. Hizo productos para vender <input type="checkbox"/> 4. A cambio de un pago lavó, planchó, cocinó, cortó el cabello, dio clases o prestó algún servicio <input type="checkbox"/> 5. Ayudó a trabajar en actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar, criar animales, etcétera <input type="checkbox"/> 6. No trabajó <input type="checkbox"/> 7. No hubo trabajo	<b>PASE</b> a REPRESENTANTE DE LA FAMILIA en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a servicio médico?  <b>PASE</b> al siguiente integrante, en caso de ser el último continua al siguiente módulo.		
¿Cuál es la razón de que REPRESENTANTE DE LA FAMILIA no haya trabajado el mes pasado? *				
<input type="checkbox"/> 1. Se enfermó o estuvo incapacitado(a) para trabajar (temporalmente) <input type="checkbox"/> 2. Se jubiló o pensionó <input type="checkbox"/> 3. Estuvo cuidando personas (niños/as, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfermos) <input type="checkbox"/> 4. Estuvo capacitándose <input type="checkbox"/> 5. Enfermedad crónica, discapacidad o invalidez (permanente) <input type="checkbox"/> 6. Edad avanzada <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres en el hogar <input type="checkbox"/> 8. Estuvo estudiando <input type="checkbox"/> 9. Vivió de la renta de alguna propiedad <input type="checkbox"/> 10. No hay trabajo <input type="checkbox"/> 11. Otra causa.				
REPRESENTANTE DE LA FAMILIA en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a servicio médico? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a REPRESENTANTE DE LA FAMILIA en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado	¿A través de que institución? *  <input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Otra			

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
REPRESENTANTE DE LA FAMILIA en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado? * <input type="checkbox"/> 1. Incapacidad por enfermedad, accidente o maternidad <input type="checkbox"/> 2. SAR o Afore <input type="checkbox"/> 3. Crédito para vivienda <input type="checkbox"/> 4. Guardería <input type="checkbox"/> 5. Aguinaldo <input type="checkbox"/> 6. Seguro de vida <input type="checkbox"/> 7. No tiene derecho a ninguna de estas prestaciones <input type="checkbox"/> 8. No sé		En su trabajo principal del mes pasado ¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA tuvo un(a) jefe(a) o supervisor(a)? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
En su trabajo principal del mes pasado ¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA recibió un pago? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿REPRESENTANTE DE LA FAMILIA es jubilado o pensionado? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
<b>Se desglosa conforme al número de otros integrantes de la familia que se registraron en la pregunta ¿Cuántas personas más conforman tu grupo familiar?</b>				
INTEGRANTE ()				
<b>2.1 Datos personales</b>				
Registra los datos personales de los miembros de tu grupo familiar.				
Nombre(s)*	Primer Apellido*		Segundo Apellido	
Sexo* <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer	Fecha de Nacimiento*: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		¿En qué estado de la República Mexicana nació? *	
Edad*: (Resultado Automático) <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Cuál es la CURP de INTEGRANTE? * <input type="text"/>		¿Qué parentesco tienes con INTEGRANTE? * <input type="checkbox"/> 2. Hija(o) <input type="checkbox"/> 3. Hijastra(o) / entenada(o) <input type="checkbox"/> 4. Hermana(o) <input type="checkbox"/> 5. Sobrina(o) <input type="checkbox"/> 6. Nieta(o) <input type="checkbox"/> 7. Cónyuge o compañero(a) <input type="checkbox"/> 8. Madre <input type="checkbox"/> 9. Padre <input type="checkbox"/> 10. Nuera o yerno <input type="checkbox"/> 11. Abuela(o) <input type="checkbox"/> 12. Tía(o) <input type="checkbox"/> 13. Suegra(o) <input type="checkbox"/> 98. Otro parentesco <input type="checkbox"/> 99. No tiene parentesco	
<b>2.2 Otros datos de todo el grupo familiar</b>				
Registra los datos socioeconómicos de las personas miembros de tu grupo familiar.				



Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
Especifica si INTEGRANTE tiene alguna discapacidad que limite considerablemente sus actividades cotidianas y básicas, la cual le restringe aun cuando utilice algún tipo de prótesis o tratamiento médico*  <input type="checkbox"/> 1. Discapacidad motriz <input type="checkbox"/> 2. Discapacidad sensorial <input type="checkbox"/> 3. Discapacidad cognitivo-intelectual <input type="checkbox"/> 4. Discapacidad psicosocial <input type="checkbox"/> 5. Discapacidad visual <input type="checkbox"/> 9. Ninguna		De acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, ¿INTEGRANTE se considera afromexicano(a) o afrodescendiente?*  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
¿INTEGRANTE habla lengua indígena? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → PASE a De acuerdo con la cultura...		¿Cuál? *  <input type="checkbox"/> 1. Náhuatl. <input type="checkbox"/> 2. Maya <input type="checkbox"/> 3. Zapoteco <input type="checkbox"/> 4. Mixteco <input type="checkbox"/> 5. Tsotsil/Tsetsal <input type="checkbox"/> 6. Otomí <input type="checkbox"/> 7. Totonaca <input type="checkbox"/> 8. Mazateco <input type="checkbox"/> 9. Chol <input type="checkbox"/> 10. Huasteco <input type="checkbox"/> 11. Chinanteco <input type="checkbox"/> 12. Mazahua <input type="checkbox"/> 13. Mixe <input type="checkbox"/> 14. Otro		
¿INTEGRANTE también habla español? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		De acuerdo con la cultura de INTEGRANTE ¿se considera indígena? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
<b>Todos los integrantes</b>				
¿Cuál fue el último nivel que INTEGRANTE aprobó en la escuela o servicio educativo? *  <input type="checkbox"/> 1. Inicial <input type="checkbox"/> 2. Preescolar <input type="checkbox"/> 3. Primaria <input type="checkbox"/> 4. Secundaria <input type="checkbox"/> 5. Bachillerato General/ Preparatoria <input type="checkbox"/> 6. Bachillerato Tecnológico (CONALEP, CETIS, CBTIS) <input type="checkbox"/> 7. Profesional Técnico  <input type="checkbox"/> 8. Licenciatura o Ingeniería <input type="checkbox"/> 9. Técnico Superior Universitario <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 99. Ninguno → PASE a Actualmente ¿a qué institución...		¿Cuál fue el último grado que INTEGRANTE aprobó en la escuela o servicio educativo? *  <input type="checkbox"/> 1. 1 año <input type="checkbox"/> 2. 2 años <input type="checkbox"/> 3. 3 años <input type="checkbox"/> 4. 4 años <input type="checkbox"/> 5. 5 años <input type="checkbox"/> 6. 6 años <input type="checkbox"/> 9. Ninguno		
Actualmente ¿a qué institución está afiliado(a) o inscrito(a) INTEGRANTE para recibir atención médica? * (Se puede elegir hasta dos opciones)  <input type="checkbox"/> 1. INSABI <input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 9. A ninguna → PASE a El mes pasado REPRESENTANTE DE LA FAMILIA...	Actualmente ¿INTEGRANTE está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN A por...*  <input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?	Actualmente ¿INTEGRANTE está afiliado(a) o inscrito(a) a INSTITUCIÓN B por...*  <input type="checkbox"/> 1. Prestación en el trabajo? <input type="checkbox"/> 2. Jubilación o pensión? <input type="checkbox"/> 3. Invalidez? <input type="checkbox"/> 4. Algún familiar en el hogar? <input type="checkbox"/> 5. Muerte del asegurado(a)? <input type="checkbox"/> 6. Ser estudiante? <input type="checkbox"/> 7. Contratación propia? <input type="checkbox"/> 8. Algún familiar de otro hogar? <input type="checkbox"/> 9. Apoyo del gobierno?		

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
<b>PARA INTEGRANTES DE 12 AÑOS O MÁS</b>				
El mes pasado INTEGRANTE...*  <input type="checkbox"/> 1. Trabajó <input type="checkbox"/> 2. Tenía trabajo, pero no trabajó <input type="checkbox"/> 3. Estudió y trabajó <input type="checkbox"/> 4. No trabajó ni buscó trabajo <input type="checkbox"/> 5. Buscó trabajo <input type="checkbox"/> 6. Estudió <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres domésticos		Entonces el mes pasado INTEGRANTE ...*  <input type="checkbox"/> 1. Vendió algún producto o realizó trabajos de albañilería, plomería, carpintería u otro <input type="checkbox"/> 2. Ayudó a trabajar en las tierras o en el negocio de un familiar u otra persona <input type="checkbox"/> 3. Hizo productos para vender <input type="checkbox"/> 4. A cambio de un pago lavó, planchó, cocinó, cortó el cabello, dio clases o prestó algún servicio <input type="checkbox"/> 5. Ayudó a trabajar en actividades agropecuarias por su cuenta como cultivar, criar animales, etcétera <input type="checkbox"/> 6. No trabajó <input type="checkbox"/> 7. No hubo trabajo		
¿Cuál es la razón de que INTEGRANTE no haya trabajado el mes pasado? *  <input type="checkbox"/> 1. Se enfermó o estuvo incapacitado(a) para trabajar (temporalmente) <input type="checkbox"/> 2. Se jubiló o pensionó <input type="checkbox"/> 3. Estuvo cuidando personas (niños/as, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfermos) <input type="checkbox"/> 4. Estuvo capacitándose <input type="checkbox"/> 5. Enfermedad crónica, discapacidad o invalidez (permanente) <input type="checkbox"/> 6. Edad avanzada <input type="checkbox"/> 7. Realizó quehaceres en el hogar <input type="checkbox"/> 8. Estuvo estudiando <input type="checkbox"/> 9. Vivió de la renta de alguna propiedad <input type="checkbox"/> 10. No hay trabajo <input type="checkbox"/> 11. Otra causa		¿A través de que institución? *  <input type="checkbox"/> 2. IMSS <input type="checkbox"/> 3. ISSSTE <input type="checkbox"/> 4. PEMEX, Defensa o Marina <input type="checkbox"/> 5. Clínica u hospital privado <input type="checkbox"/> 7. Otra		
INTEGRANTE en su trabajo principal del mes pasado ¿tuvo derecho a servicio médico? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a INTEGRANTE 1 en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado		En su trabajo principal del mes pasado ¿INTEGRANTE tuvo un(a) jefe(a) o supervisor(a)? *  <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
INTEGRANTE en su trabajo principal del mes pasado ¿le dieron las siguientes prestaciones, aunque no las haya utilizado? *  <input type="checkbox"/> 1. Incapacidad por enfermedad, accidente o maternidad <input type="checkbox"/> 2. SAR o Afore <input type="checkbox"/> 3. Crédito para vivienda <input type="checkbox"/> 4. Guardería <input type="checkbox"/> 5. Aguinaldo <input type="checkbox"/> 6. Seguro de vida <input type="checkbox"/> 7. No tiene derecho a ninguna de estas prestaciones <input type="checkbox"/> 8. No sé				

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>2. Datos de otros miembros del grupo familiar</b>				
En su trabajo principal del mes pasado ¿INTEGRANTE recibió un pago? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿INTEGRANTE es jubilado o pensionado? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		
<b>Información Importante:</b> La presente solicitud no garantiza tu incorporación al programa.			<input type="button" value="Cancelar"/>	<input type="button" value="Regresar"/>
<input type="button" value="Continuar"/>				

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>3. Identificación del Jefe del Hogar</b>				
<b>JEFE/JEFA DEL HOGAR:</b> Es la persona que los integrantes del hogar reconocen como jefe o líder, y, en general contribuye mayormente a cubrir los gastos de la familia y es quien toma las decisiones importantes dentro del hogar.				
Confirma a los integrantes de tu hogar o familia				
De acuerdo con lo anterior, ¿Quién es el/la Jefe/a del Hogar? * (Seleccione una opción)				
¿El/la Jefe/a del Hogar tiene cónyuge que viva en el hogar? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a La vivienda que habita ...				
¿Quién es el cónyuge del Jefe del Hogar? (Seleccione una opción)				
<b>3.1 Características de la vivienda</b>				
A continuación, proporciona los datos del domicilio donde radicas.				
La vivienda que habitas es...* <input type="checkbox"/> 1. Es propia, pero la están pagando? <input type="checkbox"/> 2. Es propia? <input type="checkbox"/> 3. Es propia en terreno ejidal o comunal? <input type="checkbox"/> 4. Es prestada? <input type="checkbox"/> 5. Es rentada? <input type="checkbox"/> 6. Es de asistencia? <input type="checkbox"/> 7. Es de un familiar? <input type="checkbox"/> 8. Está intestada o en litigio?		Donde habitas, ¿cuántos cuartos hay, sin contar pasillos ni baños? * <input type="text"/>	Donde habitas, ¿cuántos cuartos de la vivienda usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? * <input type="text"/>	
Donde habitas, el cuarto donde cocinan, ¿también lo usan para dormir? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		Donde habitas, ¿de qué material es la mayor parte del piso de la vivienda? * <input type="checkbox"/> 1. Tierra <input type="checkbox"/> 2. Cemento o firme <input type="checkbox"/> 3. Mosaico, madera u otro recubrimiento	Donde habitas, ¿de qué material es la mayor parte del techo? * <input type="checkbox"/> 1. Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc.) <input type="checkbox"/> 2. Lámina de cartón <input type="checkbox"/> 3. Lámina metálica <input type="checkbox"/> 4. Lámina de asbesto	

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío	
		<input type="checkbox"/> 5. Lámina de fibrocemento ondulada (techo fijo) <input type="checkbox"/> 6. Palma o paja <input type="checkbox"/> 7. Madera o tejamanil <input type="checkbox"/> 8. Terrado con viguería <input type="checkbox"/> 9. Teja <input type="checkbox"/> 10. Losa de concreto o viguetas con bovedilla	<p>Donde habitas, ¿de qué material es la mayor parte de las paredes o muros? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc.) <input type="checkbox"/> 2. Lámina de cartón <input type="checkbox"/> 3. Lámina metálica o de asbesto <input type="checkbox"/> 4. Carrizo, bambú o palma <input type="checkbox"/> 5. Embarro o bajareque <input type="checkbox"/> 6. Madera <input type="checkbox"/> 7. Adobe <input type="checkbox"/> 8. Tabique, ladrillo, block, piedra o concreto	<p>Donde habitas, ¿con qué servicio sanitario cuenta? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Con conexión de agua/Con descarga directa de agua <input type="checkbox"/> 2. Le echan agua con cubeta <input type="checkbox"/> 3. Sin admisión de agua (letrina seca o húmeda) <input type="checkbox"/> 4. Otro <input type="checkbox"/> 5. Pozo u hoyo negro <input type="checkbox"/> 6. No tiene → <b>PASE</b> a Donde habitas, ¿el drenaje está conectado a...	<p>Donde habitas, ¿El baño o escusado lo comparte con otra vivienda? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
<p>Donde habitas, el drenaje está conectado a...*</p> <input type="checkbox"/> 1. A la red pública <input type="checkbox"/> 2. A una fosa séptica <input type="checkbox"/> 3. A una tubería que da a una grieta o barranca <input type="checkbox"/> 4. A una tubería que da a un río, lago o mar <input type="checkbox"/> 5. No tiene desagüe ni drenaje	<p>Donde habitas, ¿cuál es el combustible que más utilizan para cocinar? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Gas de cilindro o tanque <input type="checkbox"/> 2. Gas natural o de tubería <input type="checkbox"/> 3. Electricidad <input type="checkbox"/> 4. Otro combustible <input type="checkbox"/> 5. Leña o carbón	<p>¿En su hogar tienen refrigerador? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ¿En tu hogar tienen horno (microondas o eléctrico)?			
<p>¿Sirve el refrigerador? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	<p>¿En su hogar tienen horno (microondas o eléctrico)? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ¿En tu hogar tienen servicio de televisión de paga (antena parabólica, Sky o TV por cable)?	<p>¿Sirve el horno (microondas o eléctrico)? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No			
<p>¿En su hogar tienen servicio de televisión de paga (antena parabólica, Sky o TV por cable)? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ¿En tu hogar tienen teléfono celular?	<p>¿Sirve el servicio de televisión de paga (antena parabólica, Sky o TV por cable)? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	<p>¿En su hogar tienen teléfono celular? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ¿En tu hogar tienen computadora?			
<p>¿Sirve el teléfono celular? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	<p>¿En su hogar tienen computadora? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → <b>PASE</b> a ¿En su hogar tienen vehículo (carro, camioneta, camión)?	<p>¿Sirve la computadora? *</p> <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No			


Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
¿En su hogar tienen vehículo (carro, camioneta, camión)? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → PASE a ¿En tu hogar tienen internet?		¿Sirve el vehículo (carro, camioneta, camión)? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿En su hogar tienen internet? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → PASE a Módulo Apoyo y Alimentación
¿Sirve el internet? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No				
<b>Información Importante:</b> La presente solicitud no garantiza tu incorporación al programa.			<input type="button" value="Cancelar"/>	<input type="button" value="Regresar"/>
<input type="button" value="Continuar"/>				

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>4. Apoyo y Alimentación</b>				
A continuación, proporciona los datos correspondientes.				
¿Alguien en tu hogar recibe dinero proveniente de otros países? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No				
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez tú o algún adulto en tu hogar (integrante de 18 años o más) ...				
¿Tuvieron una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Sólo comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿comieron menos de lo que tú piensas debieron comer? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
¿Se quedaron sin comida? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Sintieron hambre pero no comieron? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Dejaron de desayunar, comer o cenar? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en tu hogar...				
¿Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Sintió hambre pero no comió? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
¿Se acostó con hambre? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Comió una vez al día o dejó de comer todo un día? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No		¿Comió menos de lo que debía? * <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<b>4. Apoyo y Alimentación</b>				
<b>Información Importante:</b> La presente solicitud no garantiza tu incorporación al programa.			Cancelar	Regresar
<b>Continuar</b>				

Educación	Familia	Hogar	Apoyo y Alimentación	Confirmación y envío
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Educación</b> No. Estudiantes: Etapa completada</li> <li>✓ <b>Familia</b> No. Estudiantes: Etapa completada</li> <li>✓ <b>Hogar</b> Etapa completada</li> <li>✓ <b>Apoyo y Alimentación</b> Etapa completada</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Declaro bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones establecidas por el programa.			<b>Enviar</b>

**RESULTADO OBTENIDO**

	Solicitud completa pendiente de análisis.
	Hora de término: <b>HH:MM</b>
	¡Recibimos tus datos correctamente! Estimado/a Madre, Padre, Representante de la familia o Tutor/a, te informamos que <b>¡Has concluido exitosamente la solicitud!</b> En caso de ser seleccionado para continuar con el proceso, te haremos llegar información al correo que registraste con los pasos a seguir, <b>¡Mantente al pendiente!</b> Asimismo, puedes consultar los resultados de tu solicitud a través del Buscador de folios en la siguiente liga: <a href="https://buscador.becasbenitojuarez.gob.mx/folio">https://buscador.becasbenitojuarez.gob.mx/folio</a>