

REGISTRO DEL BENEFICIARIO / A

FECHA DE INCORPORACIÓN

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

Incorporación Reincorporación Sabe leer y escribir Primaria Secundaria MEVYT PEC

Habla alguna lengua indígena Sí ¿Cuál? No Se identifica con alguna etnia/lengua Sí ¿Cuál? No

Datos generales

Apellidos: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento:

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

 RFE: _____
(Anotar una vez que haya sido asignado)

Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Género: _____
 Femenino Masculino

Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo

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: _____

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

Caminar o moverse Escuchar Ver 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: _____

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

Cotejo de Documentos, impresos o digitales, del Beneficiario

Nombre completo de quien cotejó los documentos: _____

Fecha de cotejo de documentos:

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

 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.

<p>Institución o programa:</p> <hr/>	<p>Alianza o convenio</p> <p>Ámbito:</p> <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> Municipal			
<p>En caso de pertenecer a PROSPERA, indicar lo siguiente:</p> <p>Beneficiario desde: _____ Menos de 6 meses _____ De 6 meses a 3 años _____ Más de 3 años _____</p>				
<p>Ejercicio diagnóstico PEC</p> <p>¿Respondió todas las preguntas del ejercicio diagnóstico del PEC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre completo de quien revisó las respuestas: _____</p> <p>Fecha de revisión de Encuesta: _____</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DÍA</td> <td style="text-align: center;">MES</td> <td style="text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table> <p>Firma de quien revisó las respuestas: _____</p>		DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO		
<p>Se recomienda examen diagnóstico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿A qué nivel ingresa? <input type="checkbox"/> Alfabetización <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria</p> <p>Vertiente: <input type="checkbox"/> MEVyT HISPANO <input type="checkbox"/> MEVyT 10 - 14 <input type="checkbox"/> MEVyT Braille <input type="checkbox"/> MEVyT MIB <input type="checkbox"/> MEVyT MIBU Ruta _____</p>				
<p>Información de la Unidad Operativa</p> <p>Unidad operativa: _____ Círculo de estudio: _____</p>				
<p>Declaración de NO haber obtenido certificado de estudios del nivel que pretende estudiar en el INEA</p> <p>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.</p> <p>De ser beneficiario de algún apoyo del Programa Educación para Adultos (INEA) autorizo se me dé de baja del mismo.</p> <p>El presente documento se elabora el día _____ del mes de _____ del año _____</p> <p style="text-align: center;">A T E N T A M E N T E</p> <p>Nombre completo del Beneficiario _____ Firma del Beneficiario o huella del dedo índice _____</p>				

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 _____

Autorizo el uso de la información registrada en este documento: _____ Nombre completo y firma del Beneficiario _____

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."

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 (INA). 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.



**INSTITUTO
NACIONAL PARA
LA EDUCACIÓN
DE LOS ADULTOS**

TRÁMITES ESPECIALES

Delegación	Coordinación de zona	Fecha
		Año Mes Día

Nombre del adulto		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
CURP o RFE		
		1 ^a . Etapa 2 ^a . Etapa 3 ^a . Etapa
		INICIAL INTERMEDIA AVANZADA

Tipo de trámite:

Oficinas centrales	Coordinación de zona
1. Legalización de certificado	<input type="checkbox"/> 3. Revisión de examen
2. Dictamen de autenticidad	<input type="checkbox"/> 4. Duplicado de credencial
	<input type="checkbox"/> 5. Confirmación de calificaciones
Delegación	<input type="checkbox"/> 6. Otro _____
7. Confirmación de calificaciones	<input type="checkbox"/>
8. Solicitud de duplicado de certificado	<input type="checkbox"/>
9. Solicitud de emisión de una certificación con carácter de nivel	<input type="checkbox"/>
Recibí duplicado de certificado o certificación con folio:	<input type="checkbox"/>
Lugar y fecha:	
Firma del adulto	
10. Solicitud de corrección de certificado	<input type="checkbox"/>
Tipo de corrección:	
<input type="checkbox"/> En nombre	Si la corrección es el nombre, calificación o promedio anote las etapas de aplicación de cada parte o grado
<input type="checkbox"/> En fotografía	
<input type="checkbox"/> En calificación o promedio	
<input type="checkbox"/> Falta de sello	
<input type="checkbox"/> En la fecha de emisión	
<input type="checkbox"/> Falta de nombre y firma del delegado	

Para los trámites 5, 7, 8, 9 y 10 anexar copia del Kardex del adulto (S.A.S.A. o Manual).

Firma del adulto
(firme como lo hizo en el examen)

Nombre y firma del responsable de acreditación

Para uso exclusivo de la delegación

Datos del certificado	Fecha de emisión	Folio impreso
-----------------------	------------------	---------------

REGISTRO DEL BENEFICIARIO / A

FECHA DE INCORPORACIÓN

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

Incorporación Reincorporación Sabe leer y escribir Primaria Secundaria MEVYT PEC

Habla alguna lengua indígena Sí ¿Cuál? No Se identifica con alguna etnia/lengua Sí ¿Cuál? No

Datos generales

Apellidos: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento:

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

 RFE: _____
(Anotar una vez que haya sido asignado)

Nacionalidad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Género: _____
 Femenino Masculino

Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo

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: _____

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

Caminar o moverse Escuchar Ver 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: _____

Documentación del beneficiario

Acta de nacimiento Documento legal equivalente (extranjeros) Fotografía
 CURP Ficha señalética (CERESO)

Documentos Probatorios / Antecedentes escolares

Informe de calificaciones de INEA Boletas de primaria Grado: _____
 Certificado de primaria Boletas de secundaria Grado: _____

Cotejo de Documentos, impresos o digitales, del Beneficiario

Nombre completo de quien cotejó los documentos: _____

Fecha de cotejo de documentos:

DÍA	MES	ANO
-----	-----	-----

 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.

Institución o programa:		Alianza o convenio													
		Ámbito:													
		<input type="radio"/> Nacional	<input type="radio"/> Estatal												
		<input type="radio"/> Municipal													
En caso de pertenecer a PROSPERA, indicar lo siguiente:															
Beneficiario desde: _____ Menos de 6 meses _____ De 6 meses a 3 años _____ Más de 3 años _____															
Ejercicio diagnóstico PEC															
¿Respondió todas las preguntas del ejercicio diagnóstico del PEC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Respuesta Si puede presentar el examen del PEC Respuesta No se incorpora a alfabetización													
Nombre completo de quien revisó las respuestas: _____															
Fecha de revisión de Encuesta: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>DÍA</td><td>MES</td><td colspan="4">ANO</td></tr></table>								DÍA	MES	ANO				Firma de quien revisó las respuestas: _____	
DÍA	MES	ANO													
Se recomienda examen diagnóstico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿A qué nivel ingresa? <input type="checkbox"/> Alfabetización <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria													
Vertiente: <input type="checkbox"/> MEVyT HISPANO <input type="checkbox"/> MEVyT 10 - 14 <input type="checkbox"/> MEVyT Braille		<input type="checkbox"/> MEVyT MIB <input type="checkbox"/> MEVyT MIBU Ruta _____													
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 _____		ATENTAMENTE													
Nombre completo del Beneficiario		Firma del Beneficiario o huella del dedo índice													

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
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	
Nombre completo y firma del Beneficiario	
"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."	

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 (INA). 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.



**INSTITUTO
NACIONAL PARA
LA EDUCACIÓN
DE LOS ADULTOS**

TRÁMITES ESPECIALES

Delegación	Coordinación de zona	Fecha
		Año Mes Día

Nombre del adulto

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
CURP o RFE		
		1 ^a . Etapa 2 ^a . Etapa 3 ^a . Etapa
		INICIAL INTERMEDIA AVANZADA

Tipo de trámite:

Oficinas centrales	Coordinación de zona
1. Legalización de certificado	<input type="checkbox"/> 3. Revisión de examen
2. Dictamen de autenticidad	<input type="checkbox"/> 4. Duplicado de credencial
	<input type="checkbox"/> 5. Confirmación de calificaciones
Delegación	<input type="checkbox"/> 6. Otro _____
7. Confirmación de calificaciones	<input type="checkbox"/>
8. Solicitud de duplicado de certificado	<input type="checkbox"/>
9. Solicitud de emisión de una certificación con carácter de nivel	<input type="checkbox"/>
Recibí duplicado de certificado o certificación con folio:	<input type="checkbox"/>
Lugar y fecha:	
Firma del adulto	
10. Solicitud de corrección de certificado	<input type="checkbox"/>
Tipo de corrección:	
<input type="checkbox"/> En nombre	Si la corrección es el nombre, calificación o promedio anote las etapas de aplicación de cada parte o grado
<input type="checkbox"/> En fotografía	
<input type="checkbox"/> En calificación o promedio	
<input type="checkbox"/> Falta de sello	
<input type="checkbox"/> En la fecha de emisión	
<input type="checkbox"/> Falta de nombre y firma del delegado	

Para los trámites 5, 7, 8, 9 y 10 anexar copia del Kardex del adulto (S.A.S.A. o Manual).

Firma del adulto
(firme como lo hizo en el examen)

Nombre y firma del responsable de acreditación

Para uso exclusivo de la delegación

Datos del certificado	Fecha de emisión	Folio impreso
-----------------------	------------------	---------------