



Se solicita Atenta Revisión y en su caso, Dictamen Regulatorio

LAURA MAGDALENA ZAYDÉN PAVÓN
COMISIONADA ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
GOBIERNO DEL ESTADO DE PUEBLA
P R E S E N T E

Con fundamento en los artículos 3 y 13, primer párrafo de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla; 50 de la Ley de Mejora Regulatoria y Buena Administración para el Estado de Puebla; y 15, fracciones II y IV del Reglamento Interior del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, atendiendo sus Oficios No. COMEREP/361, 362, 363, 364, 365 y 366/2022; y continuando con los trámites correspondientes, Atentamente solicito que gire sus Apreciables indicaciones a quien corresponda a fin de que ésta Comisión Estatal de Mejora Regulatoria a su Digno Cargo, pueda revisar los seis Proyectos de Lineamientos para Programas que, como acciones de asistencia para las y los Migrantes Poblanos se desarrollan a través del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante (IPAM); y en su momento, emita su **Dictamen Regulatorio** para cada uno de los siguientes:

1. **Lineamientos para la Operación del Programa de certificación de competencias y capacitación:**
Oficio No. COMEREP/361/2022

Inciso f).- Las marcas de agua son de fácil reproducción y los gestores cobran por el "llenado y trámite" del formato a pesar que los mismos digan que son NO OFICIALES y/o GRATUITOS.

2. **Lineamientos para la Operación del Programa migrante emprende:**

Oficio No. COMEREP/362/2022

Inciso e), segundo párrafo.- Valorada la hipótesis de confusión; se reitera que es necesario el texto tal cual se encuentra; y que en la práctica no ha generado desconcierto en los usuarios. Al contrario se ha logrado utilizar esas herramientas de contacto (vía telefónica y formato digital), para agilizar trámites y tiempos;

Inciso f), segundo párrafo.- (1) La firma de la persona servidora pública que requisitó al formato es necesaria por seguimiento y control de calidad interno; y en la práctica no ha generado confusión en los usuarios. (2) Los datos de religión y origen étnico son estadísticos y sirven al Organismo para saber si los postulantes pertenecen a grupos más vulnerables. (3) Sobre el criterio que solicita "Giro Principal del Negocio", y su correlación con el siguiente apartado; es necesario como se encuentra dado que así permite a la Unidad de Gestión para el Desarrollo Integral del Migrante Poblano del IPAM, identificar en forma cruzada toda la información sobre las necesidades que los usuarios requieren y así, sus proyectos tengan mayor viabilidad. (4) Al respecto de la sugerencia de agregar un espacio para el estado en que se encuentran sus documentos de identificación; se ha modificado el Título del apartado para evitar incertidumbre.

Lineamientos para la Operación del Programa de obtención de documentos oficiales para migrantes poblanos:

Oficio No. COMEREP/363/2022

Inciso e), segundo párrafo.- Se ha cambiado para que los llenados de cuestionario y entrevista



- individual, sea en persona y evitar confusiones en el usuario;
Inciso f).- Las marcas de agua son de fácil reproducción y los gestores cobran por el "llenado y trámite" del formato a pesar que los mismos digan que son NO OFICIALES y/o GRATUITOS.
4. **Lineamientos para la Operación del Programa reencuentro familiar:**
Oficio No. COMEREP/364/2022
Inciso f).- Las marcas de agua son de fácil reproducción y los gestores cobran por el "llenado y trámite" del formato a pesar que los mismos digan que son NO OFICIALES y/o GRATUITOS;
Inciso g).- Se ha incluido el CAPÍTULO X, TEMPORALIDAD DEL PROGRAMA.
5. **Lineamientos para la Operación del Programa de repatriación:**
Oficio No. COMEREP/365/2022
Inciso f).- Las marcas de agua son de fácil reproducción y los gestores cobran por el "llenado y trámite" del formato a pesar que los mismos digan que son NO OFICIALES y/o GRATUITOS; y
6. **Lineamientos para la Operación del Programa de traslado de restos humanos:**
Oficio No. COMEREP/366/2022
Inciso f).- Las marcas de agua son de fácil reproducción y los gestores cobran por el "llenado y trámite" del formato a pesar que los mismos digan que son NO OFICIALES y/o GRATUITOS.

Al caso, es preciso aclarar que en los proyectos que en CD se acompañan, se encuentran verdidas las Distinguidas Adecuaciones Consecuentes de esta Comisión Estatal de Mejora Regulatoria, antes comentadas; las cuales fueron sugeridas en términos de cada uno de sus Atentos oficios citados en el primer párrafo de este escrito.

En lo general, me permito informar que, sobre las sugerencias de consulta pública, este Organismo a través de su Unidad de Gestión para el Desarrollo Integral del Migrante Poblano, en sus Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios.

Sobre los formatos o formularios que se citan en los proyectos de:
Lineamientos para la Operación del Programa de certificación de competencias; y capacitación;
Lineamientos para la Operación del Programa de obtención de documentos oficiales para migrantes poblanos;
Lineamientos para la Operación del Programa reencuentro familiar;
Lineamientos para la Operación del Programa de repatriación; y
Lineamientos para la Operación del Programa de traslado de restos humanos; después de valorar su distinguida recomendación, se reitera la necesidad de mantener dichos formatos para uso y acceso del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante y evitar su reproducción con fines de lucro en perjuicio de grupos migrantes vulnerables como los que protege esta Entidad.

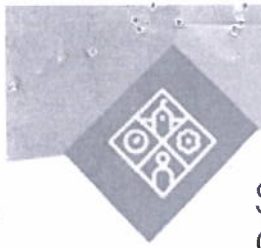
A T E N T A M E N T E


HORACIO DE JESÚS ESCOBEDO PÉREZ
DIRECTOR JURÍDICO DEL INSTITUTO POBLANO DE ASISTENCIA AL MIGRANTE

C.c.p. Martha Guadalupe Laris Patiño.- Directora General del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante.- Para su conocimiento.- Presente



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
INSTITUTO POBLANO DE ASISTENCIA AL MIGRANTE
Tel. (222) 3030 4800 ext. 5308



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se Anexa el archivo que contiene la regulación
- No existe antecedente.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa de Certificación de Competencias; y Capacitación			
Entidad	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	No	Reducción de Consulta Pública	Sí

Nombre de la regulación antecedente	No existe antecedente.
-------------------------------------	------------------------

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Celular	2225423248	E-Mail	gilberto.juarez@ipam-puebla.com.mx

Editor de la propuesta regulatoria		Armando Guillermo Guadarrama Luyando			
Área operadora del proyecto		Unidad de Gestión para el Desarrollo Integral del Migrante Poblano			
Teléfono	2223034600 ext.3324	Celular	2223243118	E-Mail	armando.guadarrama@ipam-puebla.com.mx

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos	
1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.	<p>QUINTO.- A fin de lograr los objetivos del Programa y de la presente modalidad, la Certificación será otorgada a las y los migrantes poblanos retornados a sus municipios de origen en el Estado de Puebla; y las personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero, que cumplan con los cursos respectivos, brindados por las instituciones públicas o privadas con las que para tal efecto convenga el Instituto; debiendo entregar aquellas personas interesadas en aplicar, en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; y aquellas personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero interesadas en aplicar lo podrán hacer a través de las oficinas de representación en el extranjero, ubicadas en:</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St,</p>



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>New York, NY 10016; Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; y Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055</p>
<p>1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.</p>	<p>OCTAVO.- El proceso de selección de los solicitantes se llevará a cabo de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Se dará a conocer la convocatoria establecida por el Instituto en sus oficinas, donde las y los migrantes poblanos deberán realizar su solicitud; II. La Unidad de Gestión verificará los requisitos de cada expediente, siendo la instancia ejecutora del Programa; III. El Instituto por conducto de la Unidad de Gestión contactará a los solicitantes seleccionados, indicando fecha y hora de presentación en sus instalaciones generando un padrón de beneficiarios.
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Identificación oficial de la o el migrante poblando; III. Clave Única de Registro de Población (CURP); IV. Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración; o documento que acredite la calidad de migrante poblando en retorno a juicio de la Unidad de Gestión, con un mínimo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo; pudiendo ser: carta membretada y firmada por ex - empleador en el extranjero; constancia de servicios médicos recibidos en el extranjero; comprobante de pago de impuestos del extranjero; constancia de transferencia de dinero (remesa) del extranjero a México; matricula consular; licencia de conducir expedida en el extranjero; y pasaporte expedido en el extranjero; V. Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que el migrante poblando en retorno vive en el Estado de Puebla, o en el extranjero; y VI. Formato de autorización para el uso y protección de datos personales.
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>QUINTO.- A fin de lograr los objetivos del Programa y de la presente modalidad, la Certificación será otorgada a las y los migrantes poblanos retornados a sus municipios de origen en el Estado de Puebla; y las personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero, que cumplan con los cursos respectivos, brindados por las instituciones públicas o privadas con las que para tal efecto convenga el Instituto; debiendo entregar aquellas personas interesadas en aplicar</p>
<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>QUINTO.- A fin de lograr los objetivos del Programa y de la presente modalidad, la Certificación será otorgada a las y los migrantes poblanos retornados a sus municipios de origen en el Estado de Puebla; y las personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero, que cumplan con los cursos respectivos, brindados por las instituciones públicas o privadas con las que para tal efecto convenga el Instituto; debiendo entregar aquellas</p>



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>personas interesadas en aplicar, en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; y aquellas personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero interesadas en aplicar lo podrán hacer a través de las oficinas de representación en el extranjero, ubicadas en:</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St, New York, NY 10016;</p> <p>Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; y</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055.</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Identificación oficial de la o el migrante poblano; III. Clave Única de Registro de Población (CURP); IV. Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración; o documento que acredite la calidad de migrante poblano en retorno a juicio de la Unidad de Gestión, con un mínimo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo; pudiendo ser: carta membretada y firmada por ex - empleador en el extranjero; constancia de servicios médicos recibidos en el extranjero; comprobante de pago de impuestos del extranjero; constancia de transferencia de dinero (remesa) del extranjero a México; matrícula consular; licencia de conducir expedida en el extranjero; y pasaporte expedido en el extranjero; V. Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que el migrante poblano en retorno vive en el Estado de Puebla, o en el extranjero; y VI. Formato de autorización para el uso y protección de datos personales.
<p>1.6 Los datos y documentos anexos estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>QUINTO.- A fin de lograr los objetivos del Programa y de la presente modalidad, la Certificación será otorgada a las y los migrantes poblanos retornados a sus municipios de origen en el Estado de Puebla; y las personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero, que cumplan con los cursos respectivos, brindados por las instituciones públicas o privadas con las que para tal efecto convenga el Instituto; debiendo entregar aquellas personas interesadas en aplicar, en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; y aquellas personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero interesadas en aplicar lo podrán hacer a través de las oficinas de representación en el</p>



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>extranjero, ubicadas en: Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St, New York, NY 10016; Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; y Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055.</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Identificación oficial de la o el migrante poblano; III. Clave Única de Registro de Población (CURP); IV. Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración; o documento que acredite la calidad de migrante poblano en retorno a juicio de la Unidad de Gestión, con un mínimo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo; pudiendo ser: carta membretada y firmada por ex - empleador en el extranjero; constancia de servicios médicos recibidos en el extranjero; comprobante de pago de impuestos del extranjero; constancia de transferencia de dinero (remesa) del extranjero a México; matricula consular; licencia de conducir expedida en el extranjero; y pasaporte expedido en el extranjero; V. Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que el migrante poblano en retorno vive en el Estado de Puebla, o en el extranjero; y VI. Formato de autorización para el uso y protección de datos personales.
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>VIGÉSIMO PRIMERO.- El Programa tendrá dos convocatorias anuales definidas y publicada por el Instituto, a través de la Unidad de Gestión, previa disponibilidad presupuestal y acuerdo con la Dirección General del Instituto.</p> <p>VIGÉSIMO SEGUNDO.- Las solicitudes se recibirán dentro del periodo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya publicado cada convocatoria.</p> <p>VIGÉSIMO TERCERO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión, notificará a cada persona solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, la Unidad de Gestión lo hará del formal conocimiento de cada persona solicitante, para que dentro del periodo de diez días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado.</p> <p>VIGÉSIMO CUARTO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión, deberá resolver sobre cada una dentro del plazo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos.</p> <p>Los plazos aquí señalados, pueden variar por motivos de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Unidad de Gestión reprogramará el cómputo de los</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alterno.</p>	<p>días, informando oportunamente a cada persona solicitante.</p> <p>QUINTO.- A fin de lograr los objetivos del Programa y de la presente modalidad, la Certificación será otorgada a las y los migrantes poblanos retornados a sus municipios de origen en el Estado de Puebla; y las personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero, que cumplan con los cursos respectivos, brindados por las instituciones públicas o privadas con las que para tal efecto convenga el Instituto; debiendo entregar aquellas personas interesadas en aplicar, en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; y aquellas personas migrantes originarias del Estado de Puebla que viven en el extranjero interesadas en aplicar lo podrán hacer a través de las oficinas de representación en el extranjero, ubicadas en: Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St, New York, NY 10016; Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; y Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055.</p>
---	---

2 CONSULTA PÚBLICA

<p>2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la propuesta regulatoria?</p>	<p>Si</p>
<p>2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.</p>	<p>Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, que semanalmente se han realizado con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios</p>
<p>2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.</p>	<p>Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlatlauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuatempan; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cuautlancingo</p>
<p>2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.</p>	<p>Acompañamiento en el llenado de las solicitudes</p>

<p><i>Gilberto Juárez Díaz</i> Elaboró Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p><i>Horacio de Jesús Escobedo Pérez</i> Visto Bueno Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
--	---



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se Anexa el archivo que contiene la regulación
- No existe antecedente.

INFORMACION GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos			
Entidad	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	No	Reducción de Consulta Pública	No

Nombre de la regulación antecedente	No existe antecedente.
-------------------------------------	------------------------

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323

Editor de la propuesta regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Área operadora del proyecto		Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos	
1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.	<p>SEXTO.- La Dirección, integrará un expediente de cada persona solicitante con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual en persona para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, y así considerar:</p> <p>I. Que cada persona solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y</p> <p>II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.</p>	<p>OCTAVO.- El proceso de selección de los solicitantes se llevará a cabo de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. La Dirección verificará los requisitos de cada expediente, siendo la instancia ejecutora del Programa. II. El Instituto por conducto de la Dirección; y por conducto de Mi Casa es Puebla contactará a los solicitantes seleccionados, indicando fecha y hora aproximada en que deberán presentarse en sus instalaciones generando un padrón de beneficiarios.
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<p>PRIMERO.- El objeto del programa es brindar asesoría, trámite, gestión y entrega gratuita en el proceso de expedición ante la instancia o autoridad competente para la obtención de algún documento oficial que requieran las y los migrantes poblanos residentes en el extranjero.</p>
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>DÉCIMO SÉPTIMO.- Todas las personas solicitantes al Programa tienen derecho a recibir información de manera clara y oportuna sobre los trámites, requisitos y otras disposiciones para participar en él de manera completamente gratuita, sin intermediarios ni terceras personas ajenas a dichas personas solicitantes y/o al Instituto; y cada persona deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Recibir por parte del Instituto y de todo su personal incluyendo el de Mi Casa es Puebla un trato digno, respetuoso y equitativo, sin distinción de sexo, grupo étnico, filiación política, gremial o religiosa, así como tener garantizada la debida privacidad y reserva de su información confidencial; II. Participar, sin costo alguno en el proceso de incorporación al Programa; III. Recibir el Apoyo que le corresponda, de conformidad con lo establecido en estos lineamientos; IV. Acudir personalmente al lugar, en fecha y hora establecidos por el Instituto o por el personal de Mi Casa es Puebla, para realizar los trámites correspondientes para participar en el Programa; y V. Proporcionar bajo protesta de decir verdad, la información personal necesaria para la incorporación de cada expediente, así como la documentación que lo avale.
<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>DÉCIMO TERCERO.- Las solicitudes se recibirán durante todo el año en horarios y días hábiles, en cualquiera de las tres oficinas de representación Mi Casa es Puebla, ubicadas en:</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St, New York, NY 10016;</p> <p>Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; o</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055.</p>
<p>1.6 Los datos y documentos anexos</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos serán otorgados a las personas que en las instalaciones del Instituto sito en el Centro Integral de</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

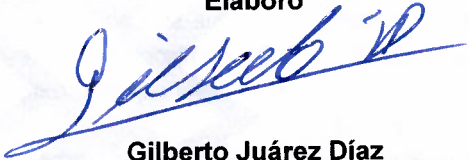
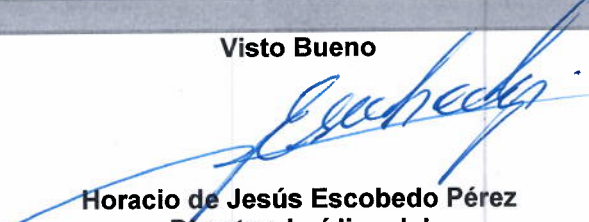
<p>estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; o en Mi Casa es Puebla, y/o por los medios que el Instituto a través de la Dirección determine, cumplan con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Solicitud de documentación oficial, en los términos de cada formato requerido para cada tipo de documento oficial; II. Radicar en el extranjero; III. Que el documento solicitado sea de competencia y legalidad comprendida dentro de la demarcación territorial del estado de Puebla; y IV. Cumplimiento de los requisitos establecidos por las diferentes instancias e instituciones competentes en la expedición de cada documento solicitado. Tomando como base, la entrega ante la Dirección del acta de nacimiento que acredite ser persona originaria del Estado de Puebla.
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>DÉCIMO SEGUNDO.- El Programa es permanente, previa disponibilidad presupuestal.</p> <p>DÉCIMO TERCERO.- Las solicitudes se recibirán durante todo el año en horarios y días hábiles, en cualquiera de las tres oficinas de representación Mi Casa es Puebla, ubicadas en:</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Nueva York, Nueva York con dirección en 10 E 39th St, New York, NY 10016;</p> <p>Mi Casa es Puebla, Los Ángeles, California con dirección en 328 S Indiana St, Los Angeles, California 90063; o</p> <p>Mi Casa Es Puebla, Passaic, Nueva Jersey con dirección en 77-79 3rd St, Passaic, NJ 07055.</p> <p>DÉCIMO CUARTO.- Una vez recibida cada solicitud se revisarán y se notificará a cada persona solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, se hará del formal conocimiento de cada persona solicitante, para que dentro del periodo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado.</p> <p>DÉCIMO QUINTO.- Una vez completas las solicitudes, se remitirán a la Dirección, donde resolverá sobre cada una dentro del plazo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos y con base en los requerimientos de cada autoridad competente para expedir cada documento en particular.</p> <p>Los plazos aquí señalados, pueden variar dependiendo de los tiempos que fije para cada caso cada autoridad competente para expedir cada documento en particular; y por motivos de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Dirección reprogramará el cómputo de los días, informando oportunamente a cada persona solicitante.</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alterno.</p>	<p>NOVENO.- El proceso de ejecución se realizara a través de la Dirección; y a través de Mi Casa es Puebla, de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Realizar los cuestionarios y entrevistas individuales a cada persona solicitante. II. Acordar con la Dirección Técnica y Administrativa del Instituto el trámite de pago de cada trámite que corresponda ante cada instancia o institución con base en la normatividad aplicable. III. Depurar el padrón de las y los beneficiarios, correspondiente al Programa. <p>En toda operación, la instancia ejecutora se encargara de concentrar la documentación probatoria del Programa para cualquier solicitud de autoridad fiscalizadora de conformidad con las disposiciones aplicables.</p>
---	---

2. CONSULTA PÚBLICA

<p>2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la propuesta regulatoria?</p>	<p>Sí</p>
<p>2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.</p>	<p>Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios</p>
<p>2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.</p>	<p>Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlatlauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuatempan; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cautlancingo</p>
<p>2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.</p>	<p>Incluir en el programa, las licencias para conducir</p>

<p style="text-align: center;">Elaboró</p>  <p style="text-align: center;">Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p style="text-align: center;">Visto Bueno</p>  <p style="text-align: center;">Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
---	--

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se Anexa el archivo que contiene la regulación
- No existe antecedente.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa de Repatriación			
Entidad	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	No	Reducción de Consulta Pública	Sí

Nombre de la regulación antecedente	No existe antecedente.
-------------------------------------	------------------------

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Celular	2225423248	E-Mail	gilberto.juarez@ipam-puebla.com.mx

Editor de la propuesta regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Área operadora del proyecto		Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Celular	2225423248	E-Mail	gilberto.juarez@ipam-puebla.com.mx

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos

1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.	PRIMERO.- El objeto del programa es brindar apoyo para aquellas personas originarias del Estado de Puebla, que son repatriadas del extranjero y que desean volver a su comunidad de origen desde alguna ciudad fronteriza dentro de la República Mexicana; mediante el reembolso del boleto de autobús pagado con sus propios medios.
1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.	SEXO.- La Dirección, integrará un expediente de cada persona solicitante con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual en persona para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, y así



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>considerar:</p> <p>I. Que el solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y</p> <p>II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.</p>
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos serán otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:</p> <p>a) Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto;</p> <p>b) Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración;</p> <p>c) Acta de nacimiento;</p> <p>d) Clave Única de Registro de Población (CURP); y</p> <p>e) Boleto(s) de autobús(es) original(es) que acrediten su traslado desde una ciudad fronteriza dentro de la República Mexicana hacia su comunidad de origen dentro del Estado de Puebla; cuya fecha de traslado no sea superior a siete días naturales posteriores a la fecha en que se expidió la hoja de repatriación descrita en el inciso b) de este párrafo.</p> <p>No aplica para trayectos duplicados y/o corridas perdidas.</p>
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>SEXTO.- La Dirección, integrará un expediente de cada persona solicitante con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual en persona para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, y así considerar:</p> <p>I. Que el solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y</p> <p>II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.</p>
<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos serán otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:</p> <p>a) Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto;</p> <p>b) Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración;</p> <p>c) Acta de nacimiento;</p> <p>d) Clave Única de Registro de Población (CURP); y</p> <p>e) Boleto(s) de autobús(es) original(es) que acrediten su traslado desde una ciudad fronteriza dentro de la República Mexicana hacia su comunidad de origen dentro del Estado de Puebla; cuya fecha de traslado no sea</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

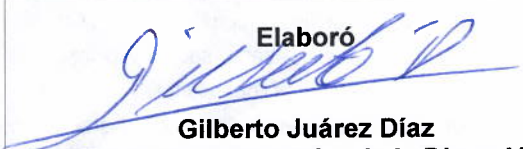
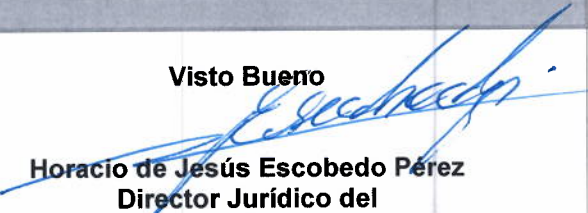
	<p>superior a siete días naturales posteriores a la fecha en que se expidió la hoja de repatriación descrita en el inciso b) de este párrafo. No aplica para trayectos duplicados y/o corridas perdidas.</p>
<p>1.6 Los datos y documentos anexos estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos serán otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; b) Hoja de repatriación expedida por el Instituto Nacional de Migración; c) Acta de nacimiento; d) Clave Única de Registro de Población (CURP); y e) Boleto(s) de autobús(es) original(es) que acrediten su traslado desde una ciudad fronteriza dentro de la República Mexicana hacia su comunidad de origen dentro del Estado de Puebla; cuya fecha de traslado no sea superior a siete días naturales posteriores a la fecha en que se expidió la hoja de repatriación descrita en el inciso b) de este párrafo. <p>No aplica para trayectos duplicados y/o corridas perdidas.</p>
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>DÉCIMO SEGUNDO.- El Programa es permanente, previa disponibilidad presupuestal.</p> <p>DÉCIMO TERCERO.- Las solicitudes se recibirán durante todo el año en horarios y días hábiles, en cualquiera de las tres oficinas de representación Mi Casa es Puebla, ubicadas en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla.</p> <p>DÉCIMO CUARTO.- Una vez recibida cada solicitud la Dirección, notificará a cada persona solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, la Dirección lo hará del formal conocimiento de cada persona solicitante, para que dentro del periodo de veinticuatro horas a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado.</p> <p>DÉCIMO QUINTO.- Una vez recibidas las solicitudes la Dirección, deberá resolver sobre cada una dentro del plazo de quince días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos.</p> <p>Los plazos aquí señalados, pueden variar dependiendo de las circunstancias de cada caso en particular; y por motivos de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Dirección reprogramará el cómputo de los días, informando oportunamente a cada Persona Beneficiaria.</p>

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alterno.</p>	<p>NOVENO.- El proceso de ejecución se realizará a través de la Dirección de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Realizar los cuestionarios y entrevistas individuales a cada persona solicitante. II. Acordar con la Dirección Técnica y Administrativa del Instituto el trámite de expedición de cada cheque para el otorgamiento de cada Apoyo. III. Depurar el padrón de las Personas Beneficiarias del Programa. IV. Confirmar que los apoyos otorgados, hayan sido empleados para los apoyos otorgados. <p>En toda operación, la instancia ejecutora se encargara de concentrar la documentación probatoria del Programa para cualquier solicitud de autoridad fiscalizadora de conformidad con las disposiciones aplicables.</p>
---	---

2. CONSULTA PÚBLICA

<p>2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la propuesta regulatoria?</p>	<p>Sí</p>
<p>2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.</p>	<p>Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios</p>
<p>2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.</p>	<p>Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlatalauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuatempan; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cuautlancingo</p>
<p>2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.</p>	<p>Respuesta inmediata sobre el reembolso</p>

<p>Elaboró</p>  <p>Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p>Visto Bueno</p>  <p>Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
---	--



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se Anexa el archivo que contiene la regulación
- No existe antecedente.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa de Traslado de Restos Humanos			
Entidad	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	No	Reducción de Consulta Pública	Sí

Nombre de la regulación antecedente	No existe antecedente.
-------------------------------------	------------------------

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323

Editor de la propuesta regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Área operadora del proyecto		Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323	Teléfono	2223034600 ext.3323

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos

1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.	PRIMERO.- El objeto del programa consiste en el traslado gratuito de restos mortales de migrantes poblanos fallecidos en el extranjero, desde el aeropuerto internacional de la Ciudad de México, hasta su comunidad de origen en el Estado de Puebla.
1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.	SEXTO.- La Dirección, integrará un expediente de cada persona solicitante con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual (preferentemente en persona) para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>Estado de Puebla, y así considerar:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Que cada solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos podrán ser otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; o en el domicilio del migrante poblano fallecido, previo acuerdo con la Dirección General del Instituto, dependiendo de la naturaleza de cada caso en particular, y siempre y cuando se encuentre en el territorio del Estado de Puebla, y que cumplan con lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Documentación que sirva de evidencia de que la o el migrante fallecido, fue poblano y falleció fuera del territorio nacional, que se compone de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de defunción expedida por autoridad extranjera; 2. Acta de nacimiento de la persona fallecida, donde se acredite que era originaria del Estado de Puebla; y 3. Clave Única de Registro de Población (CURP) III. Documentación de Persona Beneficiaria: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de nacimiento a través de la cual acredite ser familiar directo de la persona fallecida: madre, padre, cónyuge hija o hijo; u otro familiar de la persona fallecida y solo en casos especiales en que la persona fallecida no cuente con familiares directos, procediéndose a acordar tal excepción previamente con la Dirección General del instituto; 2. Identificación oficial vigente; 3. Clave Única de Registro de Población (CURP); y <p>Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que vive en el Estado de Puebla y que corresponda exactamente al domicilio donde será entregado el cuerpo o urna con cenizas de su familiar.</p>
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>SEXTO.- La Dirección, integrará un expediente de cada persona solicitante con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual (preferentemente en persona) para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, y así considerar:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Que cada solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.

A
A



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos podrán ser otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; o en el domicilio del migrante poblano fallecido, previo acuerdo con la Dirección General del Instituto, dependiendo de la naturaleza de cada caso en particular, y siempre y cuando se encuentre en el territorio del Estado de Puebla, y que cumplan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Documentación que sirva de evidencia de que la o el migrante fallecido, fue poblano y falleció fuera del territorio nacional, que se compone de: <ul style="list-style-type: none"> 1. Acta de defunción expedida por autoridad extranjera; 2. Acta de nacimiento de la persona fallecida, donde se acredite que era originaria del Estado de Puebla; y 3. Clave Única de Registro de Población (CURP) III. Documentación de Persona Beneficiaria: <ul style="list-style-type: none"> 1. Acta de nacimiento a través de la cual acredite ser familiar directo de la persona fallecida: madre, padre, cónyuge hija o hijo; u otro familiar de la persona fallecida y solo en casos especiales en que la persona fallecida no cuente con familiares directos, procediéndose a acordar tal excepción previamente con la Dirección General del instituto; 2. Identificación oficial vigente; 3. Clave Única de Registro de Población (CURP); y <p>Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que vive en el Estado de Puebla y que corresponda exactamente al domicilio donde será entregado el cuerpo o urna con cenizas de su familiar.</p>
<p>1.6 Los datos y documentos anexos estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>QUINTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos podrán ser otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; o en el domicilio del migrante poblano fallecido, previo acuerdo con la Dirección General del Instituto, dependiendo de la naturaleza de cada caso en particular, y siempre y cuando se encuentre en el territorio del Estado de Puebla, y que cumplan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto; II. Documentación que sirva de evidencia de que la o el migrante fallecido, fue poblano y falleció fuera del territorio nacional, que se compone de: <ul style="list-style-type: none"> 1. Acta de defunción expedida por autoridad extranjera; 2. Acta de nacimiento de la persona fallecida, donde se acredite que era originaria del Estado de Puebla; y 3. Clave Única de Registro de Población (CURP)



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>III. Documentación de Persona Beneficiaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acta de nacimiento a través de la cual acredite ser familiar directo de la persona fallecida: madre, padre, cónyuge hija o hijo; u otro familiar de la persona fallecida y solo en casos especiales en que la persona fallecida no cuente con familiares directos, procediéndose a acordar tal excepción previamente con la Dirección General del instituto; 2. Identificación oficial vigente; 3. Clave Única de Registro de Población (CURP); y <p>Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que vive en el Estado de Puebla y que corresponda exactamente al domicilio donde será entregado el cuerpo o urna con cenizas de su familiar.</p>
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>DÉCIMO SEGUNDO.- El Programa es permanente, previa disponibilidad presupuestal.</p> <p>DÉCIMO TERCERO.- Las solicitudes se recibirán durante todo el año en horarios y días hábiles, en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla.</p> <p>DÉCIMO CUARTO.- Una vez recibida cada solicitud la Dirección, notificará a cada persona solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, la Dirección lo hará del formal conocimiento de cada persona solicitante, para que dentro del periodo de un día hábil a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado.</p> <p>DÉCIMO QUINTO.- Una vez recibidas las solicitudes la Dirección, deberá resolver sobre cada una dentro del plazo de tres días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos.</p> <p>Los plazos aquí señalados, pueden variar dependiendo de los tiempos que fije para cada caso la funeraria encargada de cada traslado desde el extranjero; cada autoridad portuaria; y por motivos de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Dirección reprogramará el cómputo de los días, informando oportunamente a cada Persona Beneficiaria.</p>
<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alterno.</p>	<p>NOVENO.- El proceso de ejecución se realizara a través de la Dirección de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Realizar los cuestionarios y entrevistas individuales a cada persona solicitante. II. Gestionar la contratación de servicios funerarios para el correcto traslado de restos humanos del aeropuerto internacional de la Ciudad de México a su comunidad de origen en el Estado de Puebla.


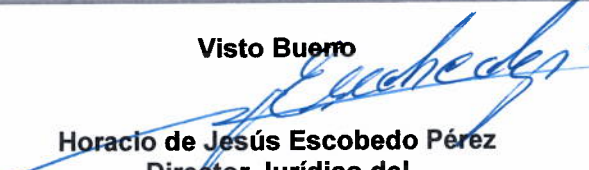


FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>III. Acordar con la Dirección Técnica y Administrativa del Instituto el trámite de expedición del pago directo a cada prestadora o prestador de servicios que se haya contratado para realizar cada servicio de traslado de restos humanos hasta la comunidad de origen que corresponda en el Estado de Puebla.</p> <p>IV. Depurar el padrón de las y los beneficiarios, correspondiente al Programa. En toda operación, la instancia ejecutora se encargara de concentrar la documentación probatoria del Programa para cualquier solicitud de autoridad fiscalizadora de conformidad con las disposiciones aplicables.</p>
--	---

2. CONSULTA PUBLICA

2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la propuesta regulatoria?	Sí
2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.	Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios
2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.	Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlatlauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuateman; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cuautlancingo
2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.	Incluir la CURP como parte de la documentación que sirva de evidencia de que la o el migrante fallecido, fue poblano

<p>Elaboró</p>  <p>Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p>Visto Bueno</p>  <p>Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
--	---

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se Anexa el archivo que contiene la regulación
- Se anexa archivo de antecedente.

INFORMACION GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa Migrante Emprende			
Dependencia	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	Sí	Reducción de Consulta Pública	Sí

Nombre de la regulación antecedente	Lineamientos para la Ejecución del Programa de Apoyo a Migrantes Repatriados
-------------------------------------	--

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Celular	2225423248	E-Mail	gilberto.juarez@ipam-puebla.com.mx

Editor de la propuesta regulatoria		Armando Guillermo Guadarrama Luyando			
Área operadora del proyecto		Unidad de Gestión para el Desarrollo Integral del Migrante Poblano			
Teléfono	2223034600 ext.3324	Teléfono	2223034600 ext.3324	Teléfono	2223034600 ext.3324

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos

1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.

SÉPTIMO.- Para la evaluación de los proyectos con base en cada expediente foliado, la Unidad de Gestión utilizará el Anexo D del Programa, donde la Unidad de Gestión utilizará criterios por puntaje de acuerdo con los siguientes preceptos:

- Proyectos que promuevan la equidad de género.
- Proyectos que propongan la solución de alguna problemática socioeconómica local.
- Proyectos que promuevan el empleo justo.
- Proyectos que estén conformados en grupos de personas.
- Impactos positivos planteados de tipo social, económico y ambiental.
- Tipo de actividad económica y su relevancia en el contexto del proyecto.



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>g. Región dentro del territorio poblano, considerando sus índices e indicadores socioeconómicos según la clasificación del Plan Estatal de Desarrollo vigente; y el Programa Institucional del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante vigente.</p> <p>h. Grado de experiencia de las y los solicitantes en emprendimiento empresarial y/o en actividades empresariales.</p> <p>i. Si la o el Solicitante cuenta con familiares de primer grado en el extranjero.</p> <p>j. Si la o el Solicitante cuenta con familiares con experiencia empresarial en el extranjero.</p> <p>Al final de cada procedimiento, se generará una relación del estado de cada solicitud, señalando las solicitudes aceptadas mediante acta circunstanciada a cargo de la Unidad de Gestión. Debiéndose publicar los resultados en la página oficial de internet del Instituto (ipam.puebla.gob.mx)</p>
<p>1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.</p>	<p>SEXTO.- El Programa opera de la siguiente forma:</p> <p>I. El Instituto, a través de la Unidad de Gestión, realizará la convocatoria del Programa en su página oficial de internet (ipam.puebla.gob.mx) señalando los requisitos, condiciones y características del Programa, así como las fechas de recepción de solicitudes y documentación que se deberá acompañar. El Instituto realizará la promoción del Programa, previa disponibilidad presupuestal en diferentes medios masivos de comunicación y digitales; y en los municipios del Estado de Puebla, donde se brindará información de manera presencial.</p> <p>II. Los documentos solicitados a las y los solicitantes para ser Persona Beneficiaria del Programa, son los siguientes:</p> <p>a. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto de acuerdo al formato anexo a estos lineamientos. Anexo A del Programa.</p> <p>b. Identificación oficial de la persona migrante poblana retornada, preferentemente expedida por el Instituto Nacional Electoral.</p> <p>c. Clave Única de Registro de Población (CURP)</p> <p>d. Constancia de recepción de persona mexicana repatriada, expedida por el Instituto Nacional de Migración; o documento que acredite la calidad de persona migrante poblana en retorno a juicio de la Unidad de Gestión, con un máximo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo; pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta membretada y firmada por ex - empleador en el extranjero; • Constancia de servicios médicos recibidos en el extranjero; • Contrato de arrendamiento en el extranjero; • Comprobante de pago de impuestos del extranjero; • Constancia de transferencia de dinero (remesa) del extranjero a México; • Matricula consular;

[Handwritten signature]

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<ul style="list-style-type: none">• Licencia de conducir expedida en el extranjero; y/o• Pasaporte expedido en el extranjero <p>e. Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que la persona migrante poblana en retorno vive en alguno de los municipios del Estado de Puebla.</p> <p>f. Carta de aceptación y compromiso firmada por la persona migrante poblana retornada, para recibir el curso de capacitación para la elaboración de planes de negocios de acuerdo al Anexo B del Programa, el cual, para su llenado la Unidad de Gestión podrá brindar apoyo a cada persona interesada.</p> <p>g. Cotización de los bienes o servicios necesarios a adquirir de acuerdo a cada plan de negocios, la cual deberá contar con datos fiscales, a nombre y con del domicilio de cada Solicitante.</p> <p>h. Carta compromiso firmada por la persona migrante poblana retornada, para recibir el Apoyo solicitado, de acuerdo al Anexo B del Programa, el cual, para su llenado la Unidad de Gestión podrá brindar apoyo a cada persona interesada.</p> <p>i. Entrevista presencial, vía telefónica o en formato digital a través del Anexo C del Programa.</p> <p>III. Queda a cargo de la Unidad de Gestión la recepción y revisión previa de los documentos requeridos, para su integración en un expediente, asignándole un número consecutivo de folio para su control.</p> <p>El Programa está diseñado con perspectiva de género, por lo que su operación considera criterios que contribuyen a salvaguardar la igualdad y la equidad entre los géneros.</p>
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<p>SEXTO.- El Programa opera de la siguiente forma:</p> <p>I. El Instituto, a través de la Unidad de Gestión, realizará la convocatoria del Programa en su página oficial de internet (ipam.puebla.gob.mx) señalando los requisitos, condiciones y características del Programa, así como las fechas de recepción de solicitudes y documentación que se deberá acompañar. El Instituto realizará la promoción del Programa, previa disponibilidad presupuestal en diferentes medios masivos de comunicación y digitales; y en los municipios del Estado de Puebla, donde se brindará información de manera presencial.</p> <p>II. Los documentos solicitados a las y los solicitantes para ser Persona Beneficiaria del Programa, son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Solicitud de Apoyo dirigida al Instituto de acuerdo al formato anexo a estos lineamientos. Anexo A del Programa.b. Identificación oficial de la persona migrante poblana retornada, preferentemente expedida por el Instituto Nacional Electoral.c. Clave Única de Registro de Población (CURP)d. Constancia de recepción de persona mexicana repatriada, expedida por



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>el Instituto Nacional de Migración; o documento que acredite la calidad de persona migrante poblana en retorno a juicio de la Unidad de Gestión, con un máximo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo; pudiendo ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta membretada y firmada por ex - empleador en el extranjero; • Constancia de servicios médicos recibidos en el extranjero; • Contrato de arrendamiento en el extranjero; • Comprobante de pago de impuestos del extranjero; • Constancia de transferencia de dinero (remesa) del extranjero a México; • Matricula consular; • Licencia de conducir expedida en el extranjero; y/o • Pasaporte expedido en el extranjero <p>e. Comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo), donde conste que la persona migrante poblana en retorno vive en alguno de los municipios del Estado de Puebla.</p> <p>f. Carta de aceptación y compromiso firmada por la persona migrante poblana retornada, para recibir el curso de capacitación para la elaboración de planes de negocios de acuerdo al Anexo B del Programa, el cual, para su llenado la Unidad de Gestión podrá brindar apoyo a cada persona interesada.</p> <p>g. Cotización de los bienes o servicios necesarios a adquirir de acuerdo a cada plan de negocios, la cual deberá contar con datos fiscales, a nombre y con del domicilio de cada Solicitante.</p> <p>h. Carta compromiso firmada por la persona migrante poblana retornada, para recibir el Apoyo solicitado, de acuerdo al Anexo B del Programa, el cual, para su llenado la Unidad de Gestión podrá brindar apoyo a cada persona interesada.</p> <p>i. Entrevista presencial, vía telefónica o en formato digital a través del Anexo C del Programa.</p> <p>III. Queda a cargo de la Unidad de Gestión la recepción y revisión previa de los documentos requeridos, para su integración en un expediente, asignándole un número consecutivo de folio para su control.</p> <p>El Programa está diseñado con perspectiva de género, por lo que su operación considera criterios que contribuyen a salvaguardar la igualdad y la equidad entre los géneros.</p>
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>PRIMERO.- El objeto del programa consiste en apoyar a las personas migrantes que tienen como máximo cuatro años de haber retornado a su municipio de origen o a algún otro municipio en el Estado de Puebla, a través del otorgamiento de un apoyo económico y el acompañamiento necesario a través del cuales permita invertir en proyectos de emprendimiento productivo y/o de prestación de servicios.</p>

[Handwritten signature]

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>CUARTO.- Para lograr los objetivos del Programa, los apoyos serán otorgados en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla.</p>
<p>1.6 Los datos y documentos anexos estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los criterios de elegibilidad.</p>	<p>QUINTO.- ELEGIBILIDAD</p> <p>I. Criterios de elegibilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Se dará prioridad a mujeres migrantes o adultos mayores (tener sesenta años cumplidos o más) b. Las y los solicitantes deben ser personas originarias del Estado de Puebla y acreditar su calidad de persona migrante retornada. c. Las y los solicitantes deben acreditar su calidad de migrante retornada con un máximo de cuatro años anteriores a la fecha de presentación de la solicitud de Apoyo. d. Se priorizará la elección de proyectos colectivos que se encuentren sustentados en cursos previos de capacitación para el emprendedurismo y/o certificación de competencias, debidamente acreditados. e. Se tomará en cuenta el grado de pobreza, rezago social y vulnerabilidad de cada Solicitante; así como la región del Estado de Puebla de donde provenga la o el Solicitante. <p>II. Requisitos de elegibilidad.</p> <p>Las y los solicitantes deberán presentar:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Copia simple del documento que compruebe su repatriación o algún documento que compruebe su retorno del extranjero, pudiendo ser: Hoja de deportación; Boletos de avión; Matrícula consular; Pasaporte; o Algún otro que a juicio de la Unidad de Gestión pruebe su estancia en el extranjero. <p>III. Restricciones de elegibilidad.</p> <p>Las y los solicitantes que se encuentren en los siguientes casos, no serán sujetos de los Apoyos del Programa:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Haber recibido Apoyo del Instituto en años anteriores y no haber comprobado con evidencias a juicio de la Unidad de Gestión, el uso del Apoyo otorgado y de acuerdo con el objeto del Programa. b. Proporcionar al Instituto documentación e información falsa.
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>DÉCIMO SÉPTIMO.- El Programa tendrá dos convocatorias anuales definidas y publicada por el Instituto, a través de la Unidad de Gestión, previa disponibilidad presupuestal y acuerdo con la Dirección General del Instituto.</p> <p>DÉCIMO OCTAVO.- Las solicitudes se recibirán dentro del periodo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya publicado cada convocatoria.</p> <p>DÉCIMO NOVENO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión,</p>


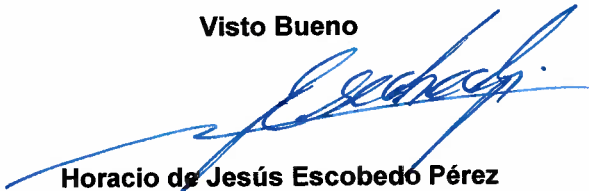
FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>notificará a cada Solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, la Unidad de Gestión lo hará del formal conocimiento de cada Solicitante, para que dentro del periodo de diez días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado.</p> <p>VIGÉSIMO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión, deberá resolver sobre cada una dentro del plazo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos.</p> <p>Los plazos aquí señalados, pueden variar por motivos de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Unidad de Gestión reprogramará el cómputo de los días, informando oportunamente a cada Solicitante.</p>
<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alternativo.</p>	<p>NOVENO.- El Contenido de cada curso de capacitación en elaboración de plan de negocio se presenta en el Anexo E del programa. Dicho curso serán impartidos a través de una institución especializada en certificación y evaluación de competencias laborales, ya sea en diferentes sedes al interior del Estado de Puebla de manera presencial o vía-remota a través de videoconferencia.</p> <p>DÉCIMO.- El Instituto por conducto de la Unidad de Gestión contactará a las y los solicitantes seleccionados, indicando fecha, hora y lugar para la entrega de apoyos que se hará de manera personal y presencial, en dónde se hará entrega de cada cheque única y exclusivamente a cada Persona Beneficiaria previamente registrada en el padrón de beneficiarios del Programa; debiendo recabar de las mismas de puño y letra el nombre de la persona que recibe el Apoyo, su firma y huella digital en cada uno de los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none">Recibo de Apoyo.Póliza de cheque con la leyenda "Recibí cheque".Cotización de los bienes o servicios necesarios a adquirir de acuerdo a su plan de negocios.Autorización para el uso y protección de datos personales en posesión de sujetos obligados, de conformidad con el Anexo B del Programa, el cual, para su llenado la Unidad de Gestión podrá brindar apoyo a cada persona interesada.Carta compromiso firmada por la Persona Beneficiaria, de acuerdo al Anexo B del Programa, comprometiéndose a destinar el Apoyo otorgado única y exclusivamente para su inversión en el proyecto aprobado, y en caso de que derivado del monitoreo periódico a cargo de la Unidad de Gestión para comprobar el avance del proyecto, se determine que el Apoyo no fue destinado para dichos fines, la Persona Beneficiaria deberá reintegrar el recurso al Instituto.Constancia y/o certificación de capacitación en elaboración de planes de negocios.



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

2. CONSULTA PÚBLICA	
2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la propuesta regulatoria?	Sí
2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.	Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios
2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.	Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlattauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuatempan; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cuautlancingo
2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.	Dos convocatorias al año

<p>Elaboró</p>  <p>Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p>Visto Bueno</p>  <p>Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
---	--



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

- Se anexa el archivo que contiene la regulación
- Se anexa archivo de antecedente.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA REGULATORIA					
Nombre de la Propuesta Regulatoria		Lineamientos para la Operación del Programa Reencuentro Familiar			
Entidad	Instituto Poblano de Asistencia al Migrante	Fecha de recepción	02/06/2022	Fecha de envío	02/06/2022
Tipo de Regulación	Lineamiento	Tiene antecedentes	Sí	Reducción de Consulta Pública	Sí

Nombre de la regulación antecedente	Lineamientos para la Operación del Programa Raíces de Puebla
-------------------------------------	--

Fundamento jurídico de la propuesta regulatoria	Artículos 3 y 4 del Decreto de Creación del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
---	---

DATOS DE CONTACTO					
Enlace de Mejora Regulatoria		Gilberto Juárez Díaz			
Teléfono	2223034600 ext.3323	Celular	2225423248	E-Mail	gilberto.juarez@ipam-puebla.com.mx

Editor de la propuesta regulatoria		Fabiola del Rocío Pinzón Porras			
Área operadora del proyecto		Coordinadora de Vinculación y Participación Ciudadana			
Teléfono	2223034600 ext.3210	Celular	2281142003	E-Mail	fabiola.pinzon@ipam-puebla.com.mx

Identifique las secciones en las que se encuentran los siguientes elementos	
1.1 Los criterios de selección de los beneficiarios, instituciones o localidades objetivo.	PRIMERO.- El objetivo del programa en su modalidad "Adultos Mayores", consiste en fortalecer los vínculos familiares de las y los migrantes poblanos radicados en los Estados Unidos de América, que viven en el área de atención de Mi Casa es Puebla, y lograr el reencuentro familiar temporal con sus familiares consanguíneos en la línea recta de primer o segundo grado, que sean originarios del Estado de Puebla y que no se hayan visto en persona por cinco o más años.
1.2 Descripción completa del mecanismo de selección o asignación.	CUARTO.- Con el fin de lograr el objetivo del Programa, cada Apoyo será otorgado a aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad. Para las y los migrantes poblanos en los Estados Unidos de América: I. Comprobar que radican en las áreas de atención de Mi Casa es Puebla a

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>través de licencia de conducir, matricula consular, recibo de telefonía, identificación oficial o pasaporte vigente;</p> <p>II. Llenar una solicitud de Apoyo dirigida al Instituto;</p> <p>III. Acreditar la relación familiar consanguínea en la línea recta descendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;</p> <p>IV. No haber visto a sus familiares en persona por cinco o más años;</p> <p>V. No ser ciudadanos o residentes de los Estados Unidos de América o estar en proceso de serlo;</p> <p>VI. Carta dirigida a la persona Titular de Mi Casa es Puebla, manifestando su responsabilidad para cubrir los gastos que se deriven de la estancia de su familiar en Estados Unidos de América, garantizando que tiene tiempo suficiente para convivir con su familiar y que su estadía no se extenderá más allá del Periodo de Estancia; y</p> <p>VII. Carta responsiva firmada por cada Persona Beneficiaria, eximiendo de cualquier tipo de responsabilidad al Instituto y al Gobierno del Estado de Puebla, respecto a algún incidente y sus efectos, durante la ejecución del Programa y hasta treinta días calendario después de concluido su Periodo de Estancia.</p> <p>Para las y los familiares de las y los migrantes poblanos:</p> <p>I. Ser adulto mayor (tener sesenta años cumplidos o más);</p> <p>II. Tener un familiar que radique en los Estados Unidos de América; acreditando su relación familiar consanguínea en la línea recta ascendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;</p> <p>III. Contar con un documento oficial (acta de matrimonio, constancia de vecindad), que acredite ser originaria u originario del Estado de Puebla, o bien comprobar haber contraído matrimonio civil con una ciudadana o ciudadano poblano u haber radicado en el Estado de Puebla durante un mínimo de veinte años;</p> <p>IV. Acreditar que son familiares consanguíneos en línea recta de primer o segundo grado, de sesenta o más años; para su inclusión en el Programa, y que no se hayan visto en persona por cinco o más años;</p> <p>V. Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP), Credencial para Votar, comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo) y Pasaporte Mexicano vigente; acreditando que es originaria u originario del Estado de Puebla;</p> <p>VI. Presentar constancia o certificado médico y cuadro de vacunación completo que acredite condiciones de salud adecuadas para viajar al extranjero, expedido por autoridad de salud competente;</p> <p>VII. No haber ingresado o permanecido en los Estados Unidos de América sin documentos legales, o tener antecedentes migratorios negativos en dicho país;</p>
--	---



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>VIII. No haber tramitado visa americana anteriormente; y IX. No haber participado en ediciones pasadas de los programas Raíces de Puebla, o Juntos Otra Vez a cargo del Instituto.</p>
<p>1.3 La especificación textual para todos los trámites o requisitos que identifiquen la acción a realizar.</p>	<p>CUARTO.- Con el fin de lograr el objetivo del Programa, cada Apoyo será otorgado a aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad.</p> <p>Para las y los migrantes poblanos en los Estados Unidos de América:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Comprobar que radican en las áreas de atención de Mi Casa es Puebla a través de licencia de conducir, matricula consular, recibo de telefonía, identificación oficial o pasaporte vigente;II. Llenar una solicitud de Apoyo dirigida al Instituto;III. Acreditar la relación familiar consanguínea en la línea recta descendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;IV. No haber visto a sus familiares en persona por cinco o más años;V. No ser ciudadanos o residentes de los Estados Unidos de América o estar en proceso de serlo;VI. Carta dirigida a la persona Titular de Mi Casa es Puebla, manifestando su responsabilidad para cubrir los gastos que se deriven de la estancia de su familiar en Estados Unidos de América, garantizando que tiene tiempo suficiente para convivir con su familiar y que su estadía no se extenderá más allá del Periodo de Estancia; yVII. Carta responsiva firmada por cada Persona Beneficiaria, eximiendo de cualquier tipo de responsabilidad al Instituto y al Gobierno del Estado de Puebla, respecto a algún incidente y sus efectos, durante la ejecución del Programa y hasta treinta días calendario después de concluido su Periodo de Estancia. <p>Para las y los familiares de las y los migrantes poblanos:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Ser adulto mayor (tener sesenta años cumplidos o más);II. Tener un familiar que radique en los Estados Unidos de América; acreditando su relación familiar consanguínea en la línea recta ascendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;III. Contar con un documento oficial (acta de matrimonio, constancia de vecindad), que acredite ser originaria u originario del Estado de Puebla, o bien comprobar haber contraído matrimonio civil con una ciudadana o ciudadano poblanos u haber radicado en el Estado de Puebla durante un mínimo de veinte años;IV. Acreditar que son familiares consanguíneos en línea recta de primer o segundo grado, de sesenta o más años; para su inclusión en el Programa, y que no se hayan visto en persona por cinco o más años;V. Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP), Credencial para Votar, comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses

FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

	<p>anteriores a la solicitud de Apoyo) y Pasaporte Mexicano vigente; acreditando que es originaria u originario del Estado de Puebla;</p> <p>VI. Presentar constancia o certificado médico y cuadro de vacunación completo que acredite condiciones de salud adecuadas para viajar al extranjero, expedido por autoridad de salud competente;</p> <p>VII. No haber ingresado o permanecido en los Estados Unidos de América sin documentos legales, o tener antecedentes migratorios negativos en dicho país;</p> <p>VIII. No haber tramitado visa americana anteriormente; y</p> <p>IX. No haber participado en ediciones pasadas de los programas Raíces de Puebla, o Juntos Otra Vez a cargo del Instituto.</p>
<p>1.4 Los casos o supuestos que dan derecho a realizar la solicitud.</p>	<p>QUINTO.- La Unidad de Gestión integrará un expediente con los documentos señalados en el Capítulo II, para posteriormente, realizar un cuestionario y entrevista individual en persona para la obtención de información y en su caso el llenado de formatos y bases de datos (padrón de beneficiarios), con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla, y así considerar:</p> <p>I. Que cada solicitante haya cumplido con el total de los requisitos establecidos en los presentes lineamientos; y</p> <p>II. El orden de prelación con base en el número de folio de registro de solicitud.</p>
<p>1.5 Los medios para la realización de la solicitud.</p>	<p>SEXTO.- Cada Persona Beneficiaria deberá firmar ante la Unidad de Gestión en las oficinas centrales del Instituto, sito en el Centro Integral de Servicios y Atención Ciudadana (CIS), edificio Ejecutivo piso 2 del Boulevard Atlixcáyotl número 1101 en la colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl de la Ciudad de Puebla, Puebla; los documentos que se enlistan a continuación, en los cuales deberá incluir, de manera autógrafa, su nombre y firma, así como el estampado de su huella digital:</p> <p>I. Documentación relativa a trámites de visado, y en su caso pases de abordar;</p> <p>II. Constancia de recibo de Apoyo; y</p> <p>III. Autorización para el uso y protección de datos personales.</p> <p>Lo anterior se menciona de forma enunciativa, más no limitativa y la Persona Beneficiaria deberá cumplir con todas y cada una de las requisiciones que establezca la autoridad portuaria en México y los Estados Unidos de América para la salida hacia dicho país, e ingreso al mismo.</p>
<p>1.6 Los datos y documentos anexos estrictamente necesarios para tramitar la solicitud y acreditar si el potencial beneficiario cumple con los</p>	<p>CUARTO.- Con el fin de lograr el objetivo del Programa, cada Apoyo será otorgado a aquellas personas que cumplan con los siguientes requisitos de elegibilidad.</p> <p>Para las y los migrantes poblanos en los Estados Unidos de América:</p> <p>I. Comprobar que radican en las áreas de atención de Mi Casa es Puebla a</p>



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

<p>critérios de elegibilidad.</p>	<p>través de licencia de conducir, matricula consular, recibo de telefonía, identificación oficial o pasaporte vigente;</p> <ol style="list-style-type: none">II. Llenar una solicitud de Apoyo dirigida al Instituto;III. Acreditar la relación familiar consanguínea en la línea recta descendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;IV. No haber visto a sus familiares en persona por cinco o más años;V. No ser ciudadanos o residentes de los Estados Unidos de América o estar en proceso de serlo;VI. Carta dirigida a la persona Titular de Mi Casa es Puebla, manifestando su responsabilidad para cubrir los gastos que se deriven de la estancia de su familiar en Estados Unidos de América, garantizando que tiene tiempo suficiente para convivir con su familiar y que su estadía no se extenderá más allá del Periodo de Estancia; yVII. Carta responsiva firmada por cada Persona Beneficiaria, eximiendo de cualquier tipo de responsabilidad al Instituto y al Gobierno del Estado de Puebla, respecto a algún incidente y sus efectos, durante la ejecución del Programa y hasta treinta días calendario después de concluido su Periodo de Estancia. <p>Para las y los familiares de las y los migrantes poblanos:</p> <ol style="list-style-type: none">I. Ser adulto mayor (tener sesenta años cumplidos o más);II. Tener un familiar que radique en los Estados Unidos de América; acreditando su relación familiar consanguínea en la línea recta ascendente de primer o segundo grado, mediante acta de nacimiento;III. Contar con un documento oficial (acta de matrimonio, constancia de vecindad), que acredite ser originaria u originario del Estado de Puebla, o bien comprobar haber contraído matrimonio civil con una ciudadana o ciudadano poblano u haber radicado en el Estado de Puebla durante un mínimo de veinte años;IV. Acreditar que son familiares consanguíneos en línea recta de primer o segundo grado, de sesenta o más años; para su inclusión en el Programa, y que no se hayan visto en persona por cinco o más años;V. Contar con Clave Única de Registro de Población (CURP), Credencial para Votar, comprobante de domicilio (vigente de no más de tres meses anteriores a la solicitud de Apoyo) y Pasaporte Mexicano vigente; acreditando que es originaria u originario del Estado de Puebla;VI. Presentar constancia o certificado médico y cuadro de vacunación completo que acredite condiciones de salud adecuadas para viajar al extranjero, expedido por autoridad de salud competente;VII. No haber ingresado o permanecido en los Estados Unidos de América sin documentos legales, o tener antecedentes migratorios negativos en dicho país;
-----------------------------------	--



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

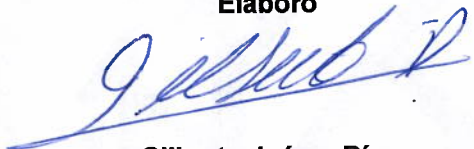
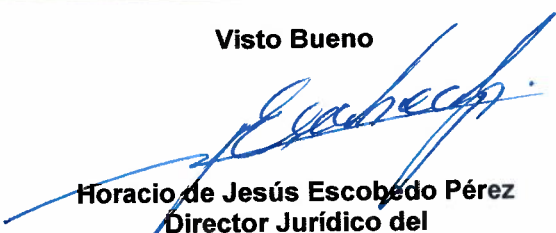
	<p>VIII. No haber tramitado visa americana anteriormente; y IX. No haber participado en ediciones pasadas de los programas Raíces de Puebla, o Juntos Otra Vez a cargo del Instituto.</p>
<p>1.7 La definición de los plazos que tiene el supuesto beneficiario para realizar su solicitud así como el plazo de prevención plazo máximo de resolución por parte de la autoridad.</p>	<p>VIGÉSIMO TERCERO.- El Programa tendrá dos convocatorias definidas y publicada por el Instituto, a través de la Unidad de Gestión, previa disponibilidad presupuestal y acuerdo con la Dirección General del Instituto. VIGÉSIMO CUARTO.- Las solicitudes se recibirán dentro del periodo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya publicado cada convocatoria. VIGÉSIMO QUINTO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión, notificará a cada persona solicitante sobre el cumplimiento de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa; y en caso de no cumplir con todos y cada uno de los mismos, la Unidad de Gestión lo hará del formal conocimiento de cada persona solicitante, para que dentro del periodo de diez días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya notificado, cada persona subsane las omisiones que se le hayan observado. VIGÉSIMO SEXTO.- Una vez recibidas las solicitudes la Unidad de Gestión, deberá resolver sobre cada una dentro del plazo de treinta días hábiles a partir del día hábil siguiente aquel en que se haya recibido cada solicitud completa y debidamente integrada en términos de los presentes lineamientos. Los plazos aquí señalados, pueden variar por el tiempo de espera para la resolución sobre cada autorización y el otorgamiento del visado de la Embajada de los Estados Unidos de América; por causa de fuerza mayor o casos fortuitos; en cuyos casos la Unidad de Gestión reprogramará el cómputo de los días, informando oportunamente a cada persona solicitante.</p>
<p>1.8 La especificación de las unidades administrativas ante quienes se realiza el trámite o en su caso, si hay algún mecanismo alterno.</p>	<p>SÉPTIMO.- El proceso de selección de los solicitantes se llevará a cabo de la siguiente manera: I. El Instituto, a través de la Unidad de Gestión, realizará la convocatoria del Programa en su página oficial de internet (ipam.puebla.gob.mx) señalando los requisitos, condiciones y características del Programa, así como las fechas de recepción de solicitudes y documentación que se deberá acompañar; señalando los lugares donde las personas interesadas deberán realizar sus solicitudes; y II. Las solicitudes que sean recibidas en cualquiera de las oficinas de representación Mi Casa es Puebla; serán verificadas y enviadas al Instituto quien será la instancia ejecutora a través de la Unidad de Gestión.</p>

2. CONSULTA PÚBLICA	
2.1 ¿Se consultó a las partes o grupos involucrados en la implementación de la	Sí



FORMATO. FORMATO DE DICTAMEN REGULATORIO PARA LINEAMIENTOS

propuesta regulatoria?	
2.2 Indique los mecanismos que se usaron para llevar a cabo la consulta pública.	Jornadas de Atención a Migrantes en distintos municipios del Estado de Puebla, semanalmente ha realizado dicho ejercicio, con el afán de mantener una mejora continua, tomando en consideración las observaciones de los usuarios
2.3 Señale el nombre de los particulares o grupo que a los que se sometió a consulta la regulación.	Las Jornadas de Atención a Migrantes, sean realizado en los Municipios de Atoyatempan; Huatlatlauca; Palmar de Bravo; Santa Isabel Cholula; Chiconcuautla; Zinacatepec; Yehualtepec; Camocuautla; Tepeaca; Tepeojuma; Cuatempan; Coatzingo; Xoxtla; Izúcar de Matamoros; Juan C. Bonilla; Ocoyucan; General Felipe Ángeles; Atlixco; y Cuautlancingo
2.4 Indique las propuestas que se incluyeron en la regulación como resultado de las consultas realizadas.	Considerar a personas jóvenes hijos e hijas de migrantes poblanos que viven en los Estados Unidos de América

<p>Elaboró</p>  <p>Gilberto Juárez Díaz Encargado del Despacho de la Dirección de Apoyo y Protección de Migrantes Enlace de Mejora Regulatoria</p>	<p>Visto Bueno</p>  <p>Horacio de Jesús Escobedo Pérez Director Jurídico del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante</p>
---	--

**FORMATOS DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA
OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE
COMPETENCIAS; Y CAPACITACIÓN**



Programa "CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS; Y CAPACITACIÓN"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante (IPAM)
Formato de solicitud

Fecha de solicitud:
Folio:
Tipo de atención Correo <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Convocatoria: Fecha de convocatoria:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y su familia para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:		Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:		Origen étnico:	
Lugar de Nacimiento		Domicilio actual			
Municipio:		Localidad:		Código postal	
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Calle:		Número exterior:	
		Número interior:		Localidad:	
		Colonia:			
		Municipio:			
		Localidad:			
		Especifique a quién pertenece la propiedad en donde vive actualmente: Propia <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique:			
II. DATOS DE CONTACTO					
Teléfono de contacto (celular):			Teléfono de recados:		
Cuenta con <i>WhatsApp</i> : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Cuenta con <i>WhatsApp</i> : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Teléfono de contacto (casa):			Correo electrónico:		
III. DATOS ESTADÍSTICOS					
Nivel de escolaridad máxima realizada en México : Especifique:			Nivel de escolaridad máxima realizada en el extranjero : Especifique:		
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ocupación en México antes de salir al extranjero:			Ocupación en el extranjero:		
Ocupación actual:			Registrado en Hacienda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>			¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? ¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Idioma en el que prefiere comunicarse:			Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?			Escolaridad máxima de hija/o (s): Lugar de residencia: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
------------------------------	----------------------------	---------------

IV. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE MIGRACIÓN

Número de veces que ha migrado:	Año en el que emigró por última vez:	Años en el extranjero:
Fecha de retorno del extranjero:	Motivos del retorno:	Motivos de migración:
Lugar residencia en el extranjero: País: Estado: Ciudad: Código Postal:	Tiempo de retorno del extranjero: <input type="checkbox"/> Cuatro años <input type="checkbox"/> Mayor a cuatro años Cuenta con comprobante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

V. TIPO DE CURSO

Capacitación <input type="checkbox"/>	Certificación de Competencias <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--

Curso solicitado

Se relaciona con su trabajo en el extranjero: SI NO

VI. DOCUMENTOS DE IDENTIDAD CON LOS QUE CUENTA:

Acta de nacimiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Matrícula consular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CURP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Recibo envío de dinero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INE Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio en el extranjero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pasaporte Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Carta del empleador en el extranjero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Constancia de Repatriación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de estudios en el extranjero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Licencia de conducir Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro:

VII. DECLARACIONES

<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ser migrante en retorno y ser oriundo del Estado de Puebla. Que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa Certificación de Competencias; y Capacitación; proporcionando cuando así lo requiera el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, toda la información para la evaluación y/o auditorías del programa"</p>	<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa Certificación de Competencias; y Capacitación; con las bases establecidas en la convocatoria, y las disposiciones que establezca el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"</p>
--	---

Nombre y firma de la persona servidora pública que requirió el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa Certificación de Competencias; y Capacitación, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardos.puebla.gob.mx>

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

IPAM

Instituto Poblano de
Asistencia al Migrante

FORMATOS DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA MIGRANTE EMPRENDE



Anexo A
Programa "Migrante Emprende"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
Formato de solicitud

Fecha de solicitud:
Folio:
Tipo de atención Correo <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Convocatoria:
Fecha de convocatoria:

Estimado/a usuario/a, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y su familia para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible.

Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su caso; y con base en lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; y en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Id IPAM		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:		Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____		CURP:		
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:		Origen étnico:		RFC:		
Lugar de Nacimiento			Domicilio actual					
Municipio:		Localidad:		Calle:		Número exterior:	Número interior:	Código postal:
				Colonia:		Municipio:		Localidad:
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):			Especifique a quién pertenece la propiedad en donde vive actualmente: Propia <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____					

II. DATOS DE CONTACTO

Teléfono de contacto (celular):		Teléfono de recados:	
Cuenta con WhatsApp: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuenta con WhatsApp: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Teléfono de contacto (casa):		Correo electrónico: _____	

III. DATOS ESTADÍSTICOS

Nivel de escolaridad máxima realizada en México : Especifique: _____		Nivel de escolaridad máxima realizada en el extranjero: Especifique: _____	
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ocupación en México antes de salir al extranjero:		Ocupación en el extranjero:	
Ocupación actual:		Registrado en Hacienda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>		¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>	
Idioma en el que prefiere comunicarse:		¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/>	
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?		Nacidos en: México: <input type="checkbox"/> extranjero <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s): Lugar de residencia: México: <input type="checkbox"/> extranjero <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	



Folio

Persona Beneficiaria:

Fecha

III.A. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE MIGRACIÓN			
Número de veces que ha migrado al extranjero:	Año en el que emigró al extranjero por última vez:	Años en el extranjero:	
Fecha de retorno del extranjero:	Motivos del retorno:	Motivo de migración:	
Lugar de residencia en el extranjero:	Tiempo de Regreso del extranjero: Menor a 4 años <input type="checkbox"/> Mayor a 4 años <input type="checkbox"/>		
Ciudad: Estado: CP:	Cuenta con comprobante: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
IV. INFORMACIÓN DEL PROYECTO			
Municipio:	Localidad:		
Giro Principal del Negocio:	Finalidad del Proyecto:		
Ingresos anuales esperados mediante la operación del proyecto:			
V. CONCEPTOS DE APOYO			
Principales Conceptos de apoyo	Seleccione con una "X" el concepto de apoyo	Tipo de apoyo	Seleccione con una "X" el tipo de apoyo
a) De servicios	<input type="checkbox"/>	Apoyo individual	<input type="checkbox"/>
b) De venta de productos en general	<input type="checkbox"/>	Apoyo grupal	<input type="checkbox"/>
c) De transformación	<input type="checkbox"/>		
d) De establecimientos de venta de alimentos procesados	<input type="checkbox"/>	Apoyo de seguimiento	<input type="checkbox"/>
e) De proyectos agropecuarios	<input type="checkbox"/>		
VI. Documentos de identidad con los que cuenta:			
Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Matrícula consular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Recibo envío de dinero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio en el extranjero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Carta del ex - empleador en el extranjero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Constancia de Repatriación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de estudios en el extranjero	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Licencia de conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro: Especifique: _____	
VII. DECLARACIONES			
"Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ser migrante en retorno y ser oriundo del Estado de Puebla, que es mi voluntad el participar para contar con el apoyo y aplicar los recursos para los bienes autorizados, así como a proporcionar, cuando así se requiera, la información para la evaluación y auditoría de los apoyos otorgados"		"Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los ordenamientos establecidos en esta convocatoria, las que publique el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante para acceder a estos apoyos; de acuerdo con los lineamientos del Programa Migrante Emprende"	

Nombre y firma de la persona servidora Pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a los establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el programa o trámites solicitados, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en aplicación de sus atribuciones lo requieran o bien por mandato de autoridad judicial. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardatos.puebla.gob.mx/>

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL APOYO"



Anexo B
“Programa Migrante Emprende”
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
Carta de aceptación y compromiso para recibir el curso de elaboración de planes de negocios

Fecha de solicitud:
Folio:
Convocatoria:
Fecha de convocatoria:

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Id IPAM
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____	CURP:
2. DOMICILIO			
Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal:
Colonia:	Municipio:	Localidad:	
3. INFORMACIÓN DEL PROYECTO			
Municipio:	Localidad:		
Giro del Negocio:	Finalidad del Proyecto:		
4. DECLARACIONES			

"Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

Ser migrante y haber retronado en periodo no máximo a cuatro años y ser oriundo del Estado de Puebla;

Que es mi voluntad el participar para recibir el apoyo relacionado con la capacitación para la elaboración de planes de negocio impartida a través del Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, y previamente a la recepción del apoyo solicitado y como parte de los requisitos para ser Persona Beneficiaria del Programa Migrante Emprende".

"Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

Que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los ordenamientos establecidos en esta convocatoria; las que publique el Instituto poblano de Asistencia al Migrante, para acceder a los apoyos del Programa Migrante Emprende, con base en los lineamientos de dicho programa".

5. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE		
_____	_____	_____
NOMBRE COMPLETO		FIRMA
6. NOMBRE DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE RECIBE LA SOLICITUD		
_____	_____	_____
NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL APOYO"



Anexo C
Programa "Migrante Emprende"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
Información de entrevista

Fecha de solicitud:
Folio:
Convocatoria:
Fecha de convocatoria:

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Id IPAM

Información Personal		
Estado Civil:	CURP:	Edad:
Calle:	Número exterior:	Número interior:
Colonia:	Municipio:	Localidad:
Código Postal:	Clave del asentamiento:	Clave de la localidad:

Preguntas:		Respuesta
Núm.	Concepto	
1	Es jefe de familia	
2	Ocupación actual	
3	Ingreso mensual	
4	Número de integrantes familia	
5	Dependientes económicos	
6	Tipo de vivienda	
7	Número de habitantes en la vivienda	
8	La vivienda cuenta con electricidad	
9	La vivienda cuenta con agua potable	
10	La vivienda cuenta con drenaje	
11	La vivienda cuenta con gas	
12	La vivienda cuenta con teléfono	
13	La vivienda cuenta con internet	
14	Qué nivel de estudios tiene la persona solicitante	
15	Tipo de seguridad social	
16	Tiene alguna discapacidad	
17	De qué tipo de apoyo se trata (individual, colectivo, o de seguimiento)	
18	Cuenta con teléfono (Si cuenta con él poner el número)	
19	Cuenta con dispositivos móviles de comunicación (poner cual)	
20	Tiene conocimientos para el manejo de equipo de cómputo	
21	Lugar de procedencia del extranjero	
22	Tiempo de estancia en el extranjero	
23	Tiempo de retorno del extranjero al Estado de Puebla	
24	Ocupación en el extranjero	
25	Tiene familiares en el extranjero (poner el parentesco)	
26	Si tiene familiares en el extranjero. ¿A qué se dedican?	
27	Si tiene familiares en el extranjero. ¿En qué país y estado se ubican? (país, estado, ciudad, código postal)	
28	Si tiene familiares en el extranjero. ¿Qué situación legal tienen?	

Nombre y firma de la persona servidora Pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada



Anexo D
Programa "Migrante Emprende"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
Evaluación de los proyectos y expedientes

Folio: _____

Persona Beneficiaria: _____

Fecha: _____

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
		Id IPAM
II. INFORMACIÓN DEL PROYECTO		
Municipio:	Localidad:	
Giro Principal del Negocio:	Finalidad del Proyecto:	
Ingresos anuales esperados mediante la operación del proyecto:		
III. Evaluación del proyecto		
Valor máximo 10	Valor medio 5	Valor mínimo 2.5
a. Proyectos que promuevan la equidad de género.		
Proyectos promovidos por mujeres	Proyectos promovidos involucrando a mujeres	Proyectos promovidos por solo hombres
b. Proyectos que propongan la solución de alguna problemática socioeconómica local.		
El proyecto identifica una problemática local claramente	El proyecto menciona una serie de problemáticas locales	El proyecto no identifica problemática alguna
c. Proyectos que promuevan el empleo justo.		
En el proyecto se plantea la remuneración justa a posibles empleados	En el proyecto se plantea el pago de sueldos en el proceso de producción o de prestación de servicios	En el proyecto se plantea el uso de mano de obra infantil
d. Proyectos que estén conformados por grupos de personas.		
El proyecto está presentado por un grupo de no menos de 5 personas dentro de las cuales hay mujeres	El proyecto está presentado por un grupo de personas	En proyecto está presentado de forma individual
e. Impactos positivos planteados de tipo social, económico y ambiental.		
En el proyecto se plantea el beneficio social en la localidad, el beneficio económico expresado en empleos y el beneficio ambiental al realizar el proyecto	En el proyecto se plantean beneficios sociales y económicos	En el proyecto se no plantean beneficios sociales, económicos o ambientales
f. Tipo de actividad económica y su relevancia en el contexto del proyecto.		
El proyecto plantea la mejora en actividades económicas primarias en un contexto desfavorable	El proyecto plantea actividades económicas secundarias	El Proyecto plantea actividades económicas terciarias



g. Región dentro del territorio poblano, considerando sus índices e indicadores socioeconómicos según la información oficial vigente.		
El proyecto se ubica en las Regiones: Chignahuapan; y Zacapoaxtla	El proyecto se ubica en las Regiones: Acatlán; Atlixco; Ciudad Serdán; Izúcar de Matamoros; Libres; San Andrés Cholula; Tecamachalco; Tehuacán; Tepeaca y Xicotepec	El proyecto se ubica en las Regiones: El resto de las Regiones
h. Grado de experiencia del candidato, candidata o candidatos o candidatas en emprendimiento empresarial y/o en actividades empresariales.		
La o las personas candidatas tienen experiencia en emprendimiento de alguna empresa	La o las personas candidatas tienen experiencia en participar en actividades empresariales	La o las personas candidatas no tienen experiencia en actividades empresariales o de emprendimiento
i. Datos de familiares en el extranjero.		
La o las personas beneficiarias no tienen familiares directos en el extranjero	La o las personas beneficiarias tienen algún familiar directo en el extranjero	La o las personas beneficiarias tienen su familia en el extranjero
j. Datos de familiares empresariales.		
La o las personas beneficiarias tienen familiares directos en el extranjero que cuentan con algún negocio.	La o las personas beneficiarias tienen algún familiar directo en el extranjero que trabaja en algún negocio de migrantes mexicanos.	La o las personas beneficiarias no tienen su familia en el extranjero que cuenten con algún negocio o trabajen en algún negocio de migrantes mexicanos.
Total de puntuación		
Promedio total		

Nombre y firma de la persona servidora Pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a los establecido en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el programa o trámites solicitados, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en aplicación de sus atribuciones lo requieran o bien por mandato de autoridad judicial. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardatos.puebla.gob.mx/>

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

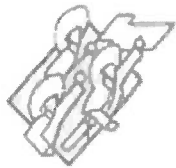
"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL APOYO"



Anexo E
Programa "Migrante Emprende"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante
Contenido del curso de capacitación en elaboración de planes de negocio

Módulo	Temas y subtemas
I	1. Estructura de una idea de negocio.
	2. Decisión inicial de emprendimiento.
	3. Viabilidad de la idea.
	4. Análisis de requerimientos.
	5. Concepción de ideas.
II	1. Detección del público objetivo
	2. Propuesta de valor del producto.
	3. Análisis de FODA de la idea.
	4. Diseño de producto o servicio.
	5. Aplicación de técnicas de muestreo.
III	1. Boceto de modelo de negocio.
	2. Anticipación de errores.
	3. Gestiones preoperativas. a. Gastos de constitución. b. Alta en el Sistema de Administración Tributaria (SAT). c. Derechos y trámites administrativos ante instancias estatales y municipales.

**FORMATOS DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA OPERACIÓN
DEL PROGRAMA DE OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS
OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS**



IV. DOCUMENTOS	
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)
2	Para trámite en el Municipio de Puebla, Puebla se requieren dos fotografía con fondo blanco, a color (4.5 cm. de largo por 3.5 cm. de ancho)
3	CURP impreso, no mayor a tres meses ←
4	Copia simple de identificación oficial vigente
5	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses
6	Copia simple de identificación oficial vigente de los dos testigos
7	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)
8	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)

Otros. Especifique:

OBSERVACIONES

V. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

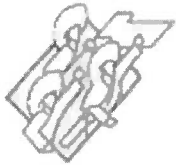
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud
CONSTANCIA DE IDENTIDAD

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:						
III. NOMBRE DE DOS TESTIGOS Y DATOS DE CONTACTO						
TESTIGO 1. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		
TESTIGO 2. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA FALLECIDA		
PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
V. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de defunción (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	CURP impreso de la persona fallecida, no mayor a tres meses	
3	Copia simple de identificación oficial vigente	
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
VI. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

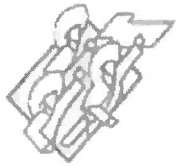
**Formato de solicitud
COPIA FIEL DE ACTA DE DEFUNCIÓN**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Fecha de registro del fallecimiento:		Número de Libro:		Número de Acta:		
Municipio donde ocurrió el fallecimiento:	Localidad del municipio donde ocurrió el fallecimiento:		Municipio donde se registró el fallecimiento:		Localidad del municipio donde se registró el fallecimiento:	



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA FALLECIDA		
PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
V. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de defunción (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	CURP impreso de la persona fallecida, no mayor a tres meses	
3	Copia simple de identificación oficial vigente	
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
VI. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

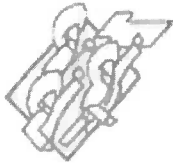
**Formato de solicitud
EXTRACTO DE ACTA DE DEFUNCIÓN**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		
Fecha de registro del fallecimiento:		Número de Libro:		Número de Acta:		
Municipio donde ocurrió el fallecimiento:	Localidad del municipio donde ocurrió el fallecimiento:		Municipio donde se registró el fallecimiento:		Localidad del municipio donde se registró el fallecimiento:	



IV. INFORMACIÓN DEL ACTA			
Fecha de registro:		Número de Libro:	
Número de Acta:			
Municipio donde se realizó el matrimonio:	Localidad del municipio donde se realizó el matrimonio:	Municipio donde se registró el matrimonio:	Localidad del municipio donde se registró el matrimonio:
V. DOCUMENTOS			
1	Copia simple de acta de matrimonio (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)		
2	CURP impreso de ambos cónyuges, no mayor a tres meses ←		
3	Copia simple de identificación oficial vigente		
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses		
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)		
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)		
Otros. Especifique:			
OBSERVACIONES			
VI. DECLARACIONES			
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"	
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE	

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

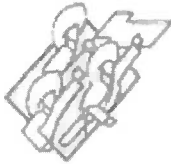
**Formato de solicitud
COPIA FIEL DE ACTA DE MATRIMONIO**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:							
III. INFORMACIÓN DE LOS CÓNYUGES							
Nombre (s):		Apellido Paterno:			Apellido Materno:		
Género:		Edad:			CURP:		
Nombre (s):		Apellido Paterno:			Apellido Materno:		
Género:		Edad:			CURP:		



IV. INFORMACIÓN DEL ACTA			
Fecha de registro:		Número de Libro:	Número de Acta:
Municipio donde se realizó el matrimonio:	Localidad del municipio donde se realizó el matrimonio:	Municipio donde se registró el matrimonio:	Localidad del municipio donde se registró el matrimonio:
V. DOCUMENTOS			
1	Copia simple de acta de matrimonio (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)		
2	CURP impreso de ambos cónyuges, no mayor a tres meses		
3	Copia simple de identificación oficial vigente		
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses		
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)		
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)		
Otros. Especifique:			
OBSERVACIONES			
VI. DECLARACIONES			
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"	
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE	

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

Formato de solicitud

EXTRACTO DE ACTA DE MATRIMONIO

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:		Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:
						¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LOS CÓNYUGES						
Nombre (s):		Apellido Paterno:			Apellido Materno:	
Género:		Edad:			CURP:	
Nombre (s):		Apellido Paterno:			Apellido Materno:	
Género:		Edad:			CURP:	



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA TITULAR DEL ACTA SOLICITADA

PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:

V. DOCUMENTOS

1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles) no mayor a tres meses	
2	Copia fiel del libro de actas de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles) no mayor a tres meses	
3	CURP impreso, no mayor a tres meses	
4	Copia simple de identificación oficial vigente	
5	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
7	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	

Otros. Especifique:

OBSERVACIONES

VI. DECLARACIONES

"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"	"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
--	--

SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

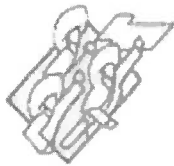
Formato de solicitud SISTEMA DE REGISTRO DE ACTAS (SIDEA)

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:							
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL REGISTRO DE ACTA SOLICITADA							
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de registro:		Número de Libro:		Número de Acta:	
Municipio donde nació:		Localidad del municipio donde nació:		Municipio donde se le registró:		Localidad del municipio donde se le registró:	



V. NOMBRE DE DOS TESTIGOS Y DATOS DE CONTACTO		
TESTIGO 1. Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono de casa	Celular	CURP
TESTIGO 2. Nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Teléfono de casa	Celular	CURP
VI. DOCUMENTOS		
1	Registro o Acta de Nacimiento en el extranjero (apostillada y con traducción al español)	
2	Copia simple de acta de nacimiento de padres o tutores	
3	Copia simple de identificación oficial vigente de padres o tutores	
4	CURP impreso, no mayor a tres meses	
5	Copia simple de identificación oficial vigente	
6	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
7	Constancia de inexistencia de registro de la persona a registrar extemporáneamente, expedida por la Dirección del Registro Civil de las Personas en el Estado de Puebla	
8	Copia simple de identificación oficial vigente de los dos testigos	
9	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
10	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
VII. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

Formato de solicitud

REGISTRO EXTEMPORÁNEO DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México	Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa	Celular		
Domicilio en Puebla:					

III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL REGISTRO EXTEMPORÁNEO SOLICITADO

Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de registro:		Número de Libro:		Número de Acta:	
Municipio donde nació:		Localidad del municipio donde nació:		Municipio donde se le registró:		Localidad del municipio donde se le registró:	

IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA TITULAR DEL REGISTRO EXTEMPORÁNEO SOLICITADO

PADRE Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
MADRE Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA TITULAR DE LA COPIA FIEL SOLICITADA

PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:

V. DOCUMENTOS

1	CURP impreso, no mayor a tres meses	←
2	Copia simple de identificación oficial vigente	
3	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
4	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	

Otros. Especifique:

OBSERVACIONES

<p>IV. DECLARACIONES</p> <p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"</p>	<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"</p>
---	---

SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

Formato de solicitud

COPIA FIEL DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DE LA COPIA FIEL SOLICITADA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Fecha de nacimiento:	Fecha de registro:	Número de Libro:		Número de Acta:		
Municipio donde nació:	Localidad del municipio donde nació:	Municipio donde se le registró:		Localidad del municipio donde se le registró:		



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA TITULAR DEL ACTA SOLICITADA		
PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
V. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de nacimiento a rectificar (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	CURP impreso, no mayor a tres meses ←	
3	Copia simple de identificación oficial vigente	
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
IV. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud
RECTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DE LA RECTIFICACIÓN DE ACTA SOLICITADA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Fecha de nacimiento:	Fecha de registro:	Número de Libro:		Número de Acta:		
Municipio donde nació:	Localidad del municipio donde nació:	Municipio donde se le registró:		Localidad del municipio donde se le registró:		



IV. INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE LA PERSONA TITULAR DEL ACTA SOLICITADA		
PADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
MADRE Nombre (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
V. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de identificación oficial vigente	
2	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
3	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
4	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
IV. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

11 años de historia, 114 años de futuro

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

Formato de solicitud

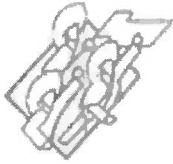
EXTRACTO DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA PERSONA TITULAR DEL ACTA SOLICITADA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Fecha de nacimiento:	Fecha de registro:		Número de Libro:		Número de Acta:	
Municipio donde nació:	Localidad del municipio donde nació:		Municipio donde se le registró:		Localidad del municipio donde se le registró:	



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



IV. DECLARACIONES

"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

**Formato de solicitud
CANJE DE LICENCIA DE CONDUCIR**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. DOCUMENTOS						
1	Licencia expirada					
2	Copia simple de identificación oficial vigente					
3	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses					
4	Solicitud y autorización para recepción de licencia de conducir					
5	Póliza de seguro					
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
7	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
Otros. Especifique:						
OBSERVACIONES						



IV. DECLARACIONES

<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"</p>	<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"</p>
---	---

SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

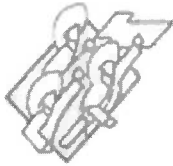
**Formato de solicitud
REPOSICIÓN DE LICENCIA DE CONDUCIR**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:		Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:
						¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular
Domicilio en Puebla:						
III. DOCUMENTOS						
1	Copia simple de identificación oficial vigente					
2	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses					
3	Solicitud y autorización para recepción de licencia de conducir					
4	Póliza de seguro					
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
Otros. Especifique:						
OBSERVACIONES						



IV. DOCUMENTOS		
1	Carta con sello y firmas legibles QUÉ CARTA	
2	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
3	Para trámite en el Municipio de Puebla, Puebla se requieren dos fotografía con fondo blanco, a color (4.5 cm. de largo por 3.5 cm. de ancho)	
4	Copia simple de identificación oficial vigente de los dos testigos	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
V. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

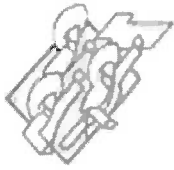
**Formato de solicitud
CONSTANCIA DE VECINDAD**

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal		Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México	Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa	Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. NOMBRE DE DOS TESTIGOS Y DATOS DE CONTACTO						
TESTIGO 1. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		
TESTIGO 2. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		



IV. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	Dos fotografías con fondo blanco, a color (2.5 cm. de largo por 3 cm. de ancho)	
3	Copia simple de identificación oficial vigente de los dos testigos	
4	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
V. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

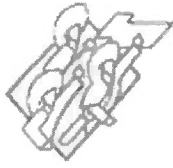


Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud CONSTANCIA DE ORIGEN

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México	Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:						
III. NOMBRE DE DOS TESTIGOS Y DATOS DE CONTACTO						
TESTIGO 1. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		
TESTIGO 2. Nombre		Apellido paterno		Apellido materno		
Teléfono de casa		Celular		CURP		



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"

Formato de solicitud

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)

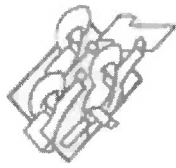
Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:	
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	de	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	de	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:
							¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE							
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero	
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular	
Domicilio en Puebla:							
III. DOCUMENTOS							
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles); no mayor a 3 meses						
2	Copia fiel del libro de actas de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles); no mayor a 3 meses						
3	Copia simple de identificación oficial vigente						
4	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses						
5	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)						
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)						
Otros. Especifique:							
OBSERVACIONES							
IV. DECLARACIONES							
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"				"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"			
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA			FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA			FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE	

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud
CONSTANCIA DE ESTUDIOS

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País		Correo electrónico		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Ciudad		Número telefónico				
Calle		Número de emergencia				
Número						
Código Postal						
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA ESCUELA						
Nombre	Dirección	Municipio		Localidad		
Grado de estudios	Curso y turno	Años		Clave de la escuela		

IV. DOCUMENTOS	
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)
2	Dos fotografía blanco y negro, con fondo blanco tamaño infantil
3	CURP impreso, no mayor a tres meses
4	Copia simple de identificación oficial vigente
5	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)
7	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)
Otros. Especifique:	
OBSERVACIONES	
V. DECLARACIONES	
<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"</p> <p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"</p>	
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA
FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE	

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Gobierno de Puebla

Hacer historia. Hacer futuro.

Instituto Poblano de Asistencia al Migrante



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud
CERTIFICADO DE ESTUDIOS

Fecha de solicitud:

Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País		Correo electrónico		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Ciudad		Número telefónico				
Calle		Número de emergencia				
Número						
Código Postal						
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						
III. INFORMACIÓN DE LA ESCUELA						
Nombre	Dirección	Municipio		Localidad		
Grado de estudios	Curso y turno	Años		Clave de la escuela		



IV. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	Dos fotografía blanco y negro, con fondo blanco tamaño infantil (frente orejas descubiertas)	
3	CURP impreso, no mayor a tres meses	
4	Copia simple de identificación oficial vigente	
5	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses	
6	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
7	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
V. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"		
SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.



Programa "OBTENCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES PARA MIGRANTES POBLANOS"
Formato de solicitud
CONSTANCIA DE NO ANTECEDENTES PENALES

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?:	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País Ciudad Calle Número Código Postal			Correo electrónico Número telefónico Número de emergencia		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla	
Localidad del municipio de origen			Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró	
Número de hija/os en México		Número de hija/os en el extranjero		Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero
Contacto en México		Dirección		Teléfono de casa		Celular
Domicilio en Puebla:						
III. DOCUMENTOS						
1	Copia simple de acta de nacimiento (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)					
2	Dos fotografía a color, con fondo blanco tamaño cartilla (frente orejas descubiertas)					
3	Solicitud de No Antecedentes Penales ante la Fiscalía General de Justicia del Estado de Puebla (FGJEP)					
4	Huellas dactilares (en formato FGJEP)					
5	CURP impreso, no mayor a tres meses ←					
6	Copia simple de identificación oficial vigente					
7	Comprobante de domicilio, no mayor a tres meses					
	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de Mi Casa es Puebla para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
	Consentimiento firmado para difundir sus datos (de alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)					
Otros. Especifique:						
OBSERVACIONES						

IV. DECLARACIONES

"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"

"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"

SELLO DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE MI CASA ES PUEBLA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

IPAM

Instituto Poblano de
Asistencia al Migrante

FORMATOS DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA REENCUENTRO FAMILIAR



Programa "REENCUENTRO FAMILIAR"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante (IPAM)
Formato de solicitud
Modalidad Adultos Mayores

Fecha de solicitud:
Folio:
Tipo de atención Correo <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Lugar de solicitud: Los Angeles <input type="checkbox"/> Passaic <input type="checkbox"/> New York <input type="checkbox"/>

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y su familia para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

MODALIDAD DEL PROGRAMA:				ADULTOS MAYORES	
I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE EN EUA					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Id IPAM:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:	Origen étnico: <i>Pertenece a alguna de las étnias.</i>		RFC:
Años de vivir en EUA:		Veces que ha migrado:		Año de la última vez que migró a EUA:	
Motivo por el que migró:					
Lugar de Nacimiento			Domicilio actual EUA		
Municipio:	Localidad:	Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Ciudad:	Estado:	Condado:	
Teléfono de contacto:		Número para WhatsApp:	Tel. adicional:	Correo electrónico:	
II. DATOS DEL FAMILIAR EN MÉXICO					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Id IPAM:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:	Origen étnico:		RFC:
Tiempo sin ver a su familiar:		Acredita parentesco: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parentesco:			

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL BENEFICIO"



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
------------------------------	----------------------------	---------------

Lugar de Nacimiento:		Domicilio actual:			
Municipio:	Localidad:	Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Colonia:	Municipio:	Localidad:	

III. DATOS DE CONTACTO FAMILIAR EN MÉXICO

Teléfono de contacto:	Teléfono de recados:
Cuenta con <i>WhatsApp</i> : Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:

IV. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA EN EUA:

Nivel de escolaridad máxima realizada en México : Especifique:	Nivel de escolaridad máxima realizada en EUA : Especifique:
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ocupación en México antes de salir a EUA:	Ocupación en EUA:
Ingreso aprox. (USD Anuales): <input type="checkbox"/> MENOS DE \$15,000 <input type="checkbox"/> DE \$16,000 A \$50,000 <input type="checkbox"/> DE \$51,000 A \$100,000 <input type="checkbox"/> MÁS DE \$100,000 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contestó	Religión:
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:	¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?	Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s):

V. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA EN MÉXICO:

Nivel de escolaridad máxima realizada: Especifique:	
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ocupación actual:	
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:	¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?	Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s): Lugar de residencia: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
------------------------------	----------------------------	---------------

VI. Documentos del familiar en EUA		VI. Documentos del familiar en México	
Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	INE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Licencia de conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Matrícula consular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte vigente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de estudios en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Certificado médico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Carta responsiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro:	
Carta compromiso de responsabilidad de gastos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Constancia de vecindad/origen	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otro:			
VII. DECLARACIONES			
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ser migrante en retorno y ser oriundo del Estado de Puebla. Que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa Reencuentro Familiar; proporcionando cuando así lo requiera el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, toda la información para la evaluación y/o auditorías del programa"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa Reencuentro Familiar; con las bases establecidas en la convocatoria, y las disposiciones que establezca el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"	

Nombre y firma de la persona servidora pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programas Reencuentro Familiar y sus trámites, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardos.puebla.gob.mx>

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL BENEFICIO"



Programa "REENCUENTRO FAMILIAR"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante (IPAM)
Formato de solicitud
Modalidad Jóvenes (en México)

Fecha de solicitud:
Folio:
Tipo de atención Correo <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Lugar de solicitud: Los Angeles <input type="checkbox"/> Passaic <input type="checkbox"/> New York <input type="checkbox"/>

Estimado/a usuario/a, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y su familia para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su caso. Gracias.

MODALIDAD DEL PROGRAMA:				JÓVENES (EN MÉXICO)		
I. DATOS DEL SOLICITANTE EN EUA						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Id IPAM:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>			Religión:	Origen étnico:		RFC:
Años de vivir en EUA:		Veces que ha migrado:		Año de la última vez que migró a EUA:		
Motivo por el que migró:						
Lugar de Nacimiento			Domicilio actual EUA			
Municipio:	Localidad:		Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):			Ciudad:	Estado:	Condado:	
Teléfono de contacto:			Número para WhatsApp:	Tel. adicional:	Correo electrónico:	
II. DATOS DEL FAMILIAR EN MÉXICO						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Id IPAM:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):			Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>			Religión:	Origen étnico:		RFC:
Tiempo sin ver a su familiar:			Acredita parentesco: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parentesco:			

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL BENEFICIO"



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
------------------------------	----------------------------	---------------

Lugar de Nacimiento:		Domicilio actual:			
Municipio:	Localidad:	Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Colonia:	Municipio:	Localidad:	

III. DATOS DE CONTACTO FAMILIAR EN MÉXICO

Teléfono de contacto:	Teléfono de recados:
Cuenta con <i>WhatsApp</i> : Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Correo electrónico:

IV. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA EN EUA:

Nivel de escolaridad máxima realizada en México : Especifique:	Nivel de escolaridad máxima realizada en EUA : Especifique:
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ocupación en México antes de salir a EUA:	Ocupación en EUA:
Ingreso aprox. (USD Anuales): <input type="checkbox"/> MENOS DE \$15,000 <input type="checkbox"/> DE \$16,000 A \$50,000 <input type="checkbox"/> DE \$51,000 A \$100,000 <input type="checkbox"/> MÁS DE \$100,000 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contestó	Religión: Cómo se enteró del IPAM/MCP:
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:	¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?	Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s):

V. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA EN MÉXICO:

Nivel de escolaridad máxima realizada: Especifique:	
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ocupación actual:	
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:	¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ ¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?	Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s): Lugar de residencia: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
------------------------------	----------------------------	---------------

VI. Documentos del familiar en EUA		VI. Documentos del familiar en México	
Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	INE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Licencia de conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Matrícula consular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte vigente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de estudios en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Certificado médico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Carta responsiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro:	
Carta compromiso de responsabilidad de gastos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Constancia de vecindad/origen	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otro:			
VII. DECLARACIONES			
<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ser migrante en retorno y ser oriundo del Estado de Puebla. Que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa Reencuentro Familiar; proporcionando cuando así lo requiera el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, toda la información para la evaluación y/o auditorías del programa"</p>		<p>"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa Reencuentro Familiar; con las bases establecidas en la convocatoria, y las disposiciones que establezca el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"</p>	

Nombre y firma de la persona servidora pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programas Reencuentro Familiar y sus trámites, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardos.puebla.gob.mx>

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL BENEFICIO"



Programa "REENCUENTRO FAMILIAR"
Instituto Poblano de Asistencia al Migrante (IPAM)
Formato de solicitud
Modalidad Jóvenes (en EUA)

Fecha de solicitud:
Folio:
Tipo de atención Correo <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/>
Lugar de solicitud: Los Angeles <input type="checkbox"/> Passaic <input type="checkbox"/> New York <input type="checkbox"/>

Estimado/a usuario/a, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y su familia para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su caso. Gracias.

MODALIDAD DEL PROGRAMA:				JÓVENES (EN EUA)	
I. DATOS DEL SOLICITANTE EN EUA					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno: <u>Id IPAM:</u>	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:	Origen étnico:		RFC:
Años de vivir en EUA:		Veces que ha migrado:		Año de la última vez que migró a EUA:	
Motivo por el que migró:					
Lugar de Nacimiento			Domicilio actual EUA		
Municipio:	Localidad:	Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Ciudad:	Estado:	Condado:	
Teléfono de contacto:		Número para WhatsApp:	Tel. adicional:	Correo electrónico:	
II. DATOS DEL FAMILIAR EN MÉXICO					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno: <u>Id IPAM:</u>	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		Edad:	Género: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No contestó <input type="checkbox"/>		CURP:
Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/>		Religión:	Origen étnico:		RFC:
Tiempo sin ver a su familiar:		Acredita parentesco: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parentesco:			

"TODOS NUESTROS PROGRAMAS SON TOTALMENTE GRATUITOS. DENUNCIA EN CASO DE QUE ALGUIEN TE SOLICITE ALGO A CAMBIO DE OTORGAR EL BENEFICIO"



Persona Beneficiaria:		Fecha de solicitud:		Folio:	
Lugar de Nacimiento:		Domicilio actual:			
Municipio:	Localidad:	Calle:	Número exterior:	Número interior:	Código postal
Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):		Colonia:	Municipio:	Localidad:	
III. DATOS DE CONTACTO FAMILIAR EN MÉXICO					
Teléfono de contacto:			Teléfono de recados:		
Cuenta con <i>WhatsApp</i> : Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Correo electrónico:		
IV. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA:					
Nivel de escolaridad máxima realizada en México : Especifique:			Nivel de escolaridad máxima realizada en EUA : Especifique:		
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ocupación en México antes de salir a EUA:			Ocupación en EUA:		
Ingreso aprox. (USD Anuales): <input type="checkbox"/> MENOS DE \$15,000 <input type="checkbox"/> DE \$16,000 A \$50,000 <input type="checkbox"/> DE \$51,000 A \$100,000 <input type="checkbox"/> MÁS DE \$100,000 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No contestó			Religión:		
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:			¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?			¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
			Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s):		
V. DATOS ESTADÍSTICOS, PERSONA BENEFICIARIA EN MÉXICO:					
Nivel de escolaridad máxima realizada: Especifique:					
¿Cuenta con la documentación que comprueben estos estudios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Ocupación actual:					
Idiomas que habla: Español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Inglés: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nivel: Otro: Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No <input type="checkbox"/> Idioma en el que prefiere comunicarse:			¿Habla alguna lengua indígena? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
			¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Usted tiene Hijos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos hijos tiene?			Nacidos en: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Escolaridad máxima de hija/o (s): Lugar de residencia: México <input type="checkbox"/> EUA <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		



Persona Beneficiaria:	Fecha de solicitud:	Folio:
-----------------------	---------------------	--------

VI. Documentos del familiar en EUA		VI. Documentos del familiar en México	
Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Acta de nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	CURP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	INE	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Licencia de conducir	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Matrícula consular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pasaporte vigente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Comprobante de estudios en EUA	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Certificado médico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Carta responsiva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otro:	
Carta compromiso de responsabilidad de gastos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Constancia de vecindad/origen	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otro:			
VII. DECLARACIONES		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa Reencuentro Familiar; con las bases establecidas en la convocatoria, y las disposiciones que establezca el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"	
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ser migrante en retorno y ser oriundo del Estado de Puebla. Que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa Reencuentro Familiar; proporcionando cuando así lo requiera el Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, toda la información para la evaluación y/o auditorías del programa"			

Nombre y firma de la persona servidora pública que requisito el formato

Nombre y Firma de la persona interesada

El Instituto Poblano de Asistencia al Migrante, tratará los datos personales recopilados en el presente formato, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa Reencuentro Familiar y sus trámites, así como para fines estadísticos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente. Para mayor información visitar la página de internet <http://resguardos.puebla.gob.mx>

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

IPAM

Instituto Poblano de
Asistencia al Migrante

FORMATOS DE LOS LINEAMIENTOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE TRASLADO DE RESTOS HUMANOS



Programa "TRASLADO DE RESTOS HUMANOS"
Formato de solicitud
CONSTANCIA DE ORIGEN

Fecha de solicitud:
Folio:

Estimada/o usuaria/o, este formulario nos ayuda a obtener información general sobre usted y para identificar sus necesidades específicas de atención y brindarle la mejor orientación posible. Le agradeceremos llenar este cuestionario de la forma más completa posible. Toda la información que usted nos comparta será utilizada exclusivamente para darle una mejor atención a su solicitud. Gracias.

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Habla alguna lengua indígena, ¿cuál?	Religión:	¿Posee usted alguna discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Parentesco con la persona fallecida:						
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE						
Dirección en el extranjero: País		Correo electrónico		Municipio del que es originario en el Estado de Puebla		
Ciudad		Número telefónico				
Calle		Número de emergencia				
Número						
Código Postal						
Localidad del municipio de origen		Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México		Hija/os nacidos en el extranjero		
Contacto en México	Dirección	Teléfono de casa		Celular		
Domicilio en Puebla:						



III. DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA					
Nombre (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:	CURP:
Género:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Municipio:	Localidad:	
Fecha de fallecimiento:	Lugar en el extranjero donde ocurrió el fallecimiento:	Causa del fallecimiento:	Comunidad de origen (En caso de pertenecer a alguna comunidad indígena):	Hablaba alguna lengua indígena, ¿cuál?	
		Accidente <input type="checkbox"/>			
		Enfermedad <input type="checkbox"/>			
		Intento de cruce en la frontera <input type="checkbox"/>			
		Otro			
		Especifique			
Tiempo de vivir en el extranjero		Año en que migró		Ocupación en el extranjero	
Número de hija/os en México	Número de hija/os en el extranjero	Hija/os nacidos en México	Hija/os nacidos en el extranjero		
Parentesco con la persona solicitante:					
Consulado con jurisdicción		Nombre de la persona responsable en el extranjero	Teléfono de la persona responsable en el extranjero		
Datos de la funeraria en el extranjero		Nombre de la persona responsable en la funeraria del extranjero	Datos del destino en el Estado de Puebla, donde serán entregados los restos		
			Municipio		
			Localidad		
			Calle		
			Número		
			Código Postal		



IV. DOCUMENTOS		
1	Copia simple de acta de nacimiento de la persona solicitante (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
2	Copia simple de acta de nacimiento de la persona fallecida (completa, impresa en una sola hoja tamaño carta con sello y firmas legibles)	
3	Copia simple de identificación oficial vigente de la persona solicitante	
4	Consentimiento firmado para difundir sus datos (para alguna Dependencia del Gobierno de Puebla)	
Otros. Especifique:		
OBSERVACIONES		
V. DECLARACIONES		
"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que es mi voluntad el participar para contar con el Apoyo del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos"		"DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que los datos aquí manifestados son verídicos, y que me comprometo a cumplir con los lineamientos del Programa de Obtención de Documentos Oficiales para Migrantes Poblanos; para acceder al Apoyo; de conformidad con la legislación aplicable"
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA QUE ATENDIÓ Y REVISÓ	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE APOYO Y PROTECCIÓN DE MIGRANTES	NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Los datos personales recopilados en el presente formato, serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; y demás normatividad aplicable, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario para la gestión, otorgamiento, inclusión o autorización en el Programa de Traslado de Restos Humanos. Los datos recabados solo podrán ser transmitidos a las instituciones públicas que en el ejercicio de sus atribuciones lo requieren o bien por mandato de autoridad competente.

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.