

**Subsecretaría de Educación Básica (SEB)**

**FORMATO DE CARTA COMPROMISO (BECARIAS)**

Nombre de la entidad, a \_\_­­­\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019.

**C:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SECRETARÍA/O DE EDUCACIÓN ESTATAL O SU EQUIVALENTE**

**P R E S E N T E**

La que suscribe **(nombre completo de la becaria) \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del municipio de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre oficial** **municipio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, declaro que toda la información proporcionada en la “Solicitud de incorporación a la Becade Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (antes Promajoven) del Programa Nacional de Becas, y documentación anexa es fidedigna y que con motivo de que dicha beca me fue otorgada, me comprometo a cumplir las siguientes obligaciones:

* Asistir a clases o a las asesorías académicas, según sea el caso
* Aprobar el grado o nivel en el que estoy inscrita en el sistema escolarizado.
* Para el caso del sistema no escolarizado o mixto:

o Acreditar los módulos del nivel inicial (alfabetización), de acuerdo a la siguiente tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| De 6 a 8 meses | Módulo “La Palabra” |
|  |  |
| De 2 a 3 meses | Módulo “Para Empezar” |
|  |  |
| De 3 a 6 meses | Módulo “Matemáticas para Empezar” |
|  |  |

o Acreditar los módulos del nivel intermedio (primaria) o avanzado (secundaria) de acuerdo a la siguiente tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| 10 meses | Cuatro módulos |
|  |  |
| De 8 a 9 meses | Tres módulos |
|  |  |
| De 4 a 7 meses | Dos módulos |
|  |  |
| Menos de 4 meses | Un módulo |
|  |  |

 Informar a la coordinación estatal de la beca sobre mi avance académico.

 Informar por escrito en formato libre, a la coordinación estatal de la beca sobre cualquier cambio de domicilio o de número telefónico a fin de poder ubicarme para fines administrativos, dicha notificación deberé realizarla dentro de los 30 días naturales siguientes al cambio de domicilio.

 Informar por escrito en formato libre, a la autoridad educativa local dentro de los 30 días naturales siguientes, cualquier cambio de la modalidad educativa en la que estoy inscrita, para fines administrativos y de seguimiento académico.

 De encontrarme embarazada informaré a la autoridad educativa local, mediante un escrito libre que avale mi incapacidad médica por un periodo máximo de 40 días naturales, de acuerdo al trámite con homoclave SEP-23-012 “Aviso de incapacidad médica por alumbramiento” publicado en la página electrónica: http://www.gob.mx/cntse-rfts/ficha/tecnica/SEP-23-012.

 Informar en caso del fallecimiento de mi hijo/a (cuando únicamente tenga un/a hijo/a), entregando copia del acta de defunción.

 Colaborar con las autoridades educativas locales y la SEP, cuando requieran información sobre mi participación en la beca.

 Participar en actividades complementarias de salud, capacitación y culturales, entre otras, que como parte de mi formación integral, se promuevan en la entidad federativa.

 Tramitar mi cartilla de salud ante cualquier institución de salud pública de la entidad federativa, en la que realizo mis estudios y asistir periódicamente a citas médicas de revisión en una institución de salud pública.

 Informar de inmediato y por cualquier medio a la autoridad educativa local y a las instituciones bancarias a través de las que se recibe la beca, el robo, perdida o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entregan la Beca de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, así como el acta levantada ante el Ministerio Público o autoridad local. De conformidad con el trámite con homoclave SEP-23-010 “Aviso de perdida, robo o extravío del cheque o tarjeta bancaria mediante el cual me entrega la beca”, para inutilizar el medio de pago.

 Participar en las actividades de Contraloría Social que determine la Autoridad Educativa Local.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre becaria)**

C.c.p. Autoridad Educativa Local