

CARTA COMPROMISO FAMILIAR

1.- Municipio	
2.- Fecha	
3.- Folio	
4.- Nombre del Padre, Madre o Tutor	
5.- Nombre de beneficiario(a) de beca	
6.- En caso de que otra persona que no sea el padre o la madre y que ejerza la patria potestad, marque el parentesco: a) Abuelo Paterno () b) Abuela Paterna () c) Abuelo Materno () d) Abuela Materna () e) Adoptante ()	
7.- Otro Especificar	

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME COMPROMETO A:

Para ser beneficiario(a) del apoyo de Beca económica del Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales es requisito indispensable estar integrado al Sistema de Educación Académica Formal o Informal.

- Responsabilizarme de que el(la) beneficiario(a) asista y participe activamente en las actividades del Programa, promovidas por el Sistema DIF Municipal.
- Integrarme a Programas de Orientación Familiar del Sistema DIF Municipal.
- Asistir a las citas de atención a las que se me canalicen (atención médica, psicológica, etc.)
- Apoyar al (la) beneficiario (a) en el cumplimiento de sus tareas y trabajos escolares.
- Asistir a las juntas escolares y estar pendiente del avance académico del(a) beneficiario(a)
- Presentarme a recibir el recurso el día y la hora indicada por el Sistema DIF Municipal.
- Utilizar el recurso exclusivamente en los gastos derivados de su la formación académica del(a) beneficiario(a): Uniformes, útiles escolares, inscripción y medicamento para el (la) beneficiario (a) así como pago de documentos escolares. En el caso de las madres adolescentes que se encuentren en curso de capacitación, el recurso se utilizará para pago de inscripción y compra de materiales.
- Comprobar el recurso entregado en tiempo y forma de acuerdo a los requerimientos del Sistema DIF Municipal.
- Entregar puntualmente el reporte de calificaciones al término del ciclo escolar.
- Proporcionar información sobre la situación del (a) beneficiario (a) y mi familia cuando sea requerida.
- Informar al personal del SMDIF si mis condiciones económicas mejoran y ya no necesito el recurso o cuando resulte beneficiario de algún otro programa de apoyo de becas educativas.

ACEPTO DE CONFORMIDAD LA SUSPENSIÓN DEL APOYO DE BECA EN CASO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

- Incurrir en el incumplimiento de algún(os) de los compromisos enunciados anteriormente.
- Haber concluido el nivel escolar medio superior.
- Haber cumplido 17 años, 11 meses.
- Renunciar voluntariamente al apoyo.
- Ser beneficiario de otro apoyo de beca (Oportunidades, Progresá, Contigo vamos, etc)

Nombre y Firma o Huella Digital TUTOR	Coordinador del Programa SMDIF
---------------------------------------	--------------------------------

Sello