



**SOLICITUD DE REGISTRO DE ASPIRANTES
APOYO PARA INTÉRPRETES DE LENGUA DE SEÑAS MEXICANA (LSM), PARA
ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR
CONVOCATORIA 2017-2018**

Fecha de Solicitud:			
	Día	Mes	Año
Nivel:	<input type="checkbox"/> Media Superior	<input type="checkbox"/> Superior	
Tipo de Periodo escolar:	<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Cuatrimestral		
Semestre o Cuatrimestre a cursar:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		

Para uso exclusivo de la SEC	
Evaluó:	
No. Folio:	

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)
Fecha de Nacimiento:				CURP
	Día	Mes	Año	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Correo Electrónico:	
Lugar de Nacimiento:				
	País	Estado	Municipio	Ciudad/Localidad
¿Usa auxiliares auditivos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Desde cuándo?			
¿Qué beneficios le otorga el uso de auxiliares auditivos?				
¿Tiene implante coclear?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Desde cuándo?			
¿Qué beneficios le otorga el implante coclear?				
Se comunica prioritariamente:	<input type="checkbox"/> De manera oral <input type="checkbox"/> En Lengua de Señas Mexicana <input type="checkbox"/> Por escrito			
¿Tiene familiares sordos con los que convive?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
¿Ha recibido apoyo de especialistas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Especialistas USAER <input type="checkbox"/> Terapeutas de lenguaje			
¿Actualmente recibe algún tipo de apoyo económico?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuáles?			
¿Qué nivel de competencia del español escrito tiene? (Escala: 1 representa menor nivel y 5 el conocimiento más alto del español leído y escrito)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA	
Nombre de la Escuela:	
Domicilio de la Escuela:	
Tipo:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada

DOMICILIO E INFORMACIÓN FAMILIAR				
Calle:		Número:		
Entre Calles/Esquina con:		Referencia: (Escuela, parque, etc.)		
Colonia:		Ciudad/Localidad:		
Municipio:		Estado:	País:	C.P.
Teléfono de Casa (10 dígitos)		Teléfono Celular Padre, Madre o Tutor (10 dígitos)		
Vivienda:	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otra: (Indicar)			
¿Quiénes viven en el domicilio familiar?	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Aval			
Ingreso promedio mensual familiar:	\$	¿Cuántas personas dependen del ingreso familiar?		

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Fecha de Nacimiento:				R.F.C.
	Día	Mes	Año	CURP
Lugar de Nacimiento:				
	Ciudad/Localidad	Municipio	Estado	País
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Continúe)			
Cargo/Puesto:		Nombre del Lugar de Trabajo:		
	Departamento/Área:	Ingreso Mensual:	\$	

PADRE, MADRE O TUTOR NOMBRE Y FIRMA	SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA
--	---------------------------------------