|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD DE OTORGAMIENTO DE AYUDAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delegación  Subdelegación  Unidad Receptora | **(1)**  **(2)**  **(3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FOLIO NO. **(4)** | | | |
| **(5) PARA GASTOS DE FUNERAL ( )** | | | **ASEGURADO ( )** | | | | | | | | | | | | | | **(5) PARA GASTOS DE MATRIMONIO ( )**  **ASEGURADO** | | | | | | | | | |
| **PENSIONADO ( )** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. Seguridad Social  **(6)** | | C.U.R.P.  **(7)** | | | | | | | | | | | Fecha de Matrimonio  **(8)** | | | | AFORE  **(9)** | | | Fecha de Defunción **(10)** | | | | | | Ramo de Seguro  **(11)** |
| Apellido Paterno | | | | | | | | Apellido Materno (12) | | | | | | | | | | Nombre (s) | | | | | | | | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext.  **(13)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colonia  **(13)** | | | | | C.P.  **(13)** | | | | | | | | | | Ciudad o Entidad  **(13)** | | | | | | | | | Teléfono (s)  **(13)** | | |
| **II. DATOS DEL SOLICITANTE (FUNERAL) O DEL CÓNYUGE (MATRIMONIO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | | | | | | | | Apellido Materno  **(14)** | | | | | | | | | | Nombre (s) | | | | | | | |
| Domicilio: Calle y Número Int. Ext.  **(15)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colonia  **(15)** | | | | | | C.P.  **(15)** | | | | | | | | | | Ciudad o Entidad  (**15)** | | | | | | | | | Teléfono(s)  **(15)** | |
| **III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO (16)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificación Oficial ( ) | | | | | | | CURP ( ) | | | | | | | Documento de la AFORE ( ) | | | | | | | | | Cuenta original de  gastos de funeral ( ) | | | |
| Copia certificada del Acta  de Matrimonio ( ) | | | | | | | Documento con NSS ( ) | | | | | | | Copia certificada del Acta  de Defunción ( ) | | | | | | | | | Copia certificada del Acta  de Divorcio ( ) | | | |
| Dictamen ST-7 ( ) | | | | | | | Otros (especificar) ( ) | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| **IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA (17)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Copia cotejada de Identificación Oficial ( ) | | | | | | | | | | | | Copia cotejada del Acta de Defunción ( ) | | | | | | | | | | Copia cotejada del Acta de Divorcio ( ) | | | | |
| Copia cotejada del Acta de Matrimonio ( ) | | | | | | | | | | | | Copia cotejada de la factura de gastos de funeral ( ) | | | | | | | | | | Otros (especificar) ( ) | | | | |
| **V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS | | | | | | | | | | | SERVICIO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pensión Vigente  **(18)** | | | | | | | | | | | Responsable de la Certificación | | | | | | | | | | Con Derecho  **(21)** | | | | | |
| Número Componente  **(19)** | | | | | | | | | | | **(20)** | | | | | | | | | |
| Matrícula, nombre(s) y apellidos, firma y sello (o correo electrónico) | | | | | | | | | |
| **VI. RESOLUCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FUNERAL** | | | | Elaboró | | | | | | | | | | | | | | | | | **MATRIMONIO** | | | | | |
| No. de Cheque o Volante de pago  **(22)** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | No. de Resolución  **(24)** | | | | | |
| Fecha de Emisión  **(23)** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Emisión  **(25)** | | | | | |
| Fundamento Jurídico  Art. 64 Fracc. I y 104, Ley del Seguro Social | | | | **(26)** | | | | | | | | | | | | | | | | | Fundamento Jurídico  Art. 165 y 166, Ley del Seguro Social | | | | | |
| Matrícula y Firma | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. El trámite es gratuito y podrá ser solicitado en la Ventanilla del Control de Prestaciones de cualquier Unidad de Medicina Familiar.  2. En Ayuda para Gastos de Matrimonio la disposición que realice el trabajador de los recursos de su cuenta individual por esta prestación, no disminuirá semanas de cotización.  3. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al sistema de atención telefónica a la ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 01-800-386-24-66 o en el D. F. al 2000-30-00, o bien al call center del IMSS al 01-800-623-23-23.  4. Plazo de resolución: 12 días hábiles. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entregó:**  **(27)** | | | | | | | | | | **(28)** | | | | | | | | | **Recibió:**  **(29)** | | | | | | | |
| Matrícula, Nombre y Firma | | | | | | | | | | Lugar, Fecha y Sello | | | | | | | | | Nombre y Firma | | | | | | | |
| Documento para uso exclusivo del IMSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

**El Instituto Mexicano del Seguro Social,** a través de sus unidades operativas son responsables de la operación de los servicios institucionales, en razón de su competencia prevista en el Reglamento Interior de este Instituto, las cuales recaban y administran los datos que proporcionan los solicitantes de trámites y servicios institucionales, atendiendo a la normatividad dictada por la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, son responsables del uso y protección de sus datos personales y manifiestan como domicilio para efectos del presente aviso de privacidad, el ubicado en Toledo, 21, primer piso, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06600, quienes el responsable del uso y protección de sus datos personales, al respecto utilizará sus datos personales recabados para ***verificar y confirma su identidad, así como la autenticidad de la información proporcionada, integrar los expedientes, bases de datos y transferencia de datos necesarios para el otorgamiento y operación del trámite de “Solicitud de otorgamiento de ayudas”, en todas sus modalidades***. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página electrónica www.imss.gob.mx

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la Forma: | | Solicitud de Otorgamiento de Ayudas. |
| Objetivo: | | Asentar los datos del asegurado o pensionado para tramitar la ayuda de gastos de funeral, en los seguros de Riesgos de Trabajo o Enfermedades y Maternidad o en su caso, para tramitar la ayuda para gastos de matrimonio, el solicitante deberá de asentar los datos del asegurado. |
| Elaborado por: | | Servicio de Prestaciones Económicas de la U.M.F. de elección del interesado o asegurado. |
| **En U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora** | | |
| Número de Tantos: | | Dos. |
| Distribución: | | Un tanto: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite.  Un tanto: Interesado. |
| **En U.M.F. Dependiente** | | |
| Número de Tantos: | | Original y dos copias. |
| Distribución: | | Original: Expediente, junto con el tanto que emita la U.M.F. Tramitadora y de Control o U.M.F. Tramitadora de la cual dependa.  1ra. Copia: Expediente con el acuse de recibo del interesado, al término del trámite.  2da. Copia: Para el interesado. |
| **No.** | **DATO** | **ANOTAR** |
| 1 | Delegación: | Nombre de la Delegación. |
| 2 | Subdelegación: | Nombre de la Subdelegación. |
| 3 | Unidad Receptora: | Siglas y Número de la Unidad de Medicina Familiar Receptora (UMF). |
| 4 | Folio: | Número progresivo asignado a la solicitud. |
| 5 | Para Gastos  de Funeral ( )  Asegurado ( )  Pensionado ( )  Para Gastos de Matrimonio ( )  Asegurado | Una “X” para indicar el tipo de trámite que se va a realizar. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I. DATOS DEL ASEGURADO O PENSIONADO | | |
| 6 | No. de Seguridad Social: | Número asignado por el Instituto al asegurado o pensionado. |
| 7 | C.U.R.P.: | Clave única de registro de la población compuesta de 18 caracteres. |
| 8 | Fecha de Matrimonio (DD/MM/AA): | Día, Mes, Año de celebración del matrimonio civil. |
| 9 | AFORE: | Administradora de Fondos para el Retiro donde se encuentre registrado el asegurado al momento de solicitar la ayuda. |
| 10 | Fecha de Defunción: | Fecha que contenga el acta de defunción, con números arábigos el día, mes y año. |
| 11 | Ramo de Seguro: | Tipo de Seguro que se solicita la prestación (Riesgo de Trabajo o Enfermedad). |
| 12 | Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre(s): | Para funeral, Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado o pensionado fallecido.  Para Matrimonio, Apellido paterno, materno y nombre(s) del asegurado solicitante. |
| 13 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s): | Ubicación del domicilio del asegurado o pensionado según sea el caso en relación al trámite solicitado, de acuerdo con los datos consignados, así como su número telefónico, de contar con él.  Nota: cuando no exista nomenclatura se anotará “domicilio conocido”. |
| II. DATOS DEL SOLICITANTE (FUNERAL) O CÓNYUGE (MATRIMONIO) | | |
| 14 | Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre(s): | Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante, quien puede ser el estipulado en la factura o a quien éste le ceda el derecho para realizar el trámite y cobro de la ayuda, o el (la) cónyuge para el caso de ayuda de matrimonio. |
| 15 | Domicilio: Calle y Número Int. Ext., Colonia, C.P., Ciudad o Entidad y Teléfono(s): | Ubicación del domicilio del solicitante, de acuerdo con los datos consignados en el recuadro y número telefónico de contar con él.  Para el caso de Matrimonio, no será necesario requisitar este rubro. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| III. DOCUMENTACIÓN PRESENTADA PARA LLENAR EL FORMATO | | |
| 16 | Documentación presentada para llenar el formato: | Una “X” para indicar los documentos que presente el solicitante, de presentar otros especificarlos.  Identificación oficial: ( )  C.U.R.P.: ( )  Documento de la AFORE: ( )  Original de Factura de Gastos de Funeral: ( )  Copia certificada del Acta de Matrimonio: ( )  Documento con NSS: ( )  Copia certificada del Acta de Defunción: ( )  Copia certificada del Acta de Divorcio: ( )  Dictamen ST -7: ( )  Otros (especificar): ( ) |
| IV. DOCUMENTACIÓN ANEXA | | |
| 17 |  | Una “X” para indicar los documentos que se anexan a la solicitud, de presentar otros especificarlos.  Copia cotejada de la identificación oficial: ( )  Copia cotejada del Acta de Defunción: ( )  Copia cotejada del Acta de Divorcio: ( )  Copia cotejada del Acta de Matrimonio: ( )  Copia cotejada de la Factura de Gastos de Funeral: ( )  Otros (especificar): ( ) |
| V. CERTIFICACIÓN DE DERECHOS (FUNERAL) | | |
| 18 | Pensión Vigente: | Un “Sí o No” si el finado se encuentra vigente en su calidad de pensionado (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 19 | Número Componente: | El número de componente cuando se trate de beneficiarios pensionados (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 20 | Responsable de la Certificación:  Matrícula, Nombre(s) y Apellidos, Firma y Sello (o correo electrónico) | Nombre completo, firma de la persona que certifica el derecho al pensionado y sello del servicio, o en su caso, datos del correo electrónico enviado con la certificación de la pensión (sólo en casos de pensionados fallecidos). |
| 21 | Con Derecho: | Un “Sí o No” dependiendo si tiene derecho la prestación. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VI. RESOLUCIÓN | | |
| FUNERAL | | |
| 22 | No. de Cheque o Volante de Pago: | Número del documento que ampara el importe de la prestación. |
| 23 | Fecha de emisión: | Día, mes y año de emisión de la solicitud. |
| MATRIMONIO | | |
| 24 | No. de Resolución: | Número de autorización para pago en la Administradora de Fondos para el Retiro. |
| 25 | Fecha de emisión: | Día, mes y año de emisión de la solicitud. |
| 26 | Elaboró:  Matrícula y Firma: | Matrícula y firma del empleado responsable de la recepción de la documentación y revisión del contenido de la solicitud. El nombre aparece de manera automática en el documento. En Gastos de Funeral, a la entrega del cheque o volante de pago recabar del interesado su nombre y firma como acuse de recibo. |
| 27 | Entregó:  Matrícula, Nombre y Firma: | Matrícula, nombre completo y firma del empleado responsable de la entrega de la solicitud y demás documentación. |
| 28 | Lugar, Fecha y Sello: | Municipio o Delegación y día, mes y año en donde se elabora la solicitud y el sello del Servicio. |
| 29 | Recibió:  Nombre y Firma: | Nombre y firma o huella digital de acuse de recibo del solicitante; día, mes y año de entrega de resultados al interesado. |