

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

NOTA Aclaratoria al Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2012, publicado el 31 de diciembre de 2011.

NOTA ACLARATORIA DEL ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LAS REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTANCIAS INFANTILES PARA APOYAR A MADRES TRABAJADORAS, PARA EL EJERCICIO FISCAL 2012, PUBLICADO EL 31 DE DICIEMBRE DE 2011

1. En la página 56, el numeral **A.4.3. Características del Personal de las Estancias Infantiles** (Anexo A: Criterios de Afiliación a la Red del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras).

Dice:

“**A.4.3.** La persona Responsable deberá contar con un expediente de cada una de las personas que funjan como Asistentes en la Estancia Infantil o personal de apoyo, los cuales deberán contar como mínimo con copia legible de lo siguiente:

- Identificación oficial con fotografía
- Clave Unica de Registro de Población (CURP)
- Comprobante de domicilio
- Documentación que acredite nivel de estudios, en caso de tenerla
- Documentación que acredite los cursos o capacitaciones que ha cursado, en caso de tenerla

La persona Responsable de la Estancia Infantil, deberá entregar copia legible de la documentación antes mencionada a la delegación correspondiente, en el primer mes de alta y, en su caso, notificar cuando dejen de fungir como Asistentes y personal de apoyo de la Estancia Infantil, utilizando los mecanismos que la Sedesol indique.”

Debe decir:

“**A.4.3.** La persona Responsable deberá contar con un expediente de cada una de las personas que funjan como Asistentes en la Estancia Infantil o personal de apoyo, los cuales deberán contar como mínimo con copia legible de lo siguiente:

- Identificación oficial con fotografía
- Clave Unica de Registro de Población (CURP)
- Comprobante de domicilio particular
- Documentación de nivel de estudios, en caso de tenerla
- Documentación que acredite los cursos o capacitaciones que ha cursado, en caso de tenerla

La persona Responsable deberá hacer de conocimiento a la delegación correspondiente, durante los primeros 30 días naturales de su alta, o en su caso, baja de Asistentes y/o personal de apoyo de la Estancia Infantil, mediante la entrega de un escrito libre, informando de tal situación.”

2. En la página 56, el numeral **A.6.3. Características Generales de Operación** (Anexo A: Criterios de Afiliación a la Red del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras).

Dice:

“**A.6.3.** En las Estancias Infantiles afiliadas a la Red, no se podrán atender a niñas(os) menores de un año.”

Debe decir:

“**A.6.3.** En los inmuebles donde se ubiquen las Estancias Infantiles afiliadas a la Red, no se podrán atender a niñas(os) menores de un año.”

3. En la página 71, en la pregunta 9. Tiene algún tipo de discapacidad, página, del **Anexo C.1.** Cuestionario Complementario del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos.

Dice:

“

	9...	(SI LA CLAVE ES 13 ESPECIFICAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD)	10...	...	11...	...
...	
...	
...	

”

Debe decir:

“

	9...	(SI LA CLAVE ES 7 ESPECIFICAR EL TIPO DE DISCAPACIDAD)	10...	...	11...	...
...	
...	
...	

”

4. En la página 71, el segundo recuadro (TIPO DE DISCAPACIDAD) del **Anexo C.1.** Cuestionario Complementario del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos.

Dice:

“

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
01	Ceguera
02	Sordo
03	Mudo
04	Sordomudo
05	Atrofia o falta de extremidades

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
06	Labio leporino y/o paladar hendido
07	Síndrome de Down
08	Retraso mental
09	Necesita ayuda de otra persona o aparato

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
10	Otras discapacidades mentales
11	Otras discapacidades psicomotoras
12	Discapacidades múltiples
13	Otro(s). Entrevistador, por favor indique el tipo de discapacidad

”

Debe decir:

“

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
01	Invidente
02	Sordo
03	Mudo
04	Algún problema mental
05	Falta de toda o alguna parte de sus piernas o brazos

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
06	Necesita de otra persona o algún aparato para caminar
07	Otro, por favor indique el tipo y nombre de discapacidad
08	Sordomudo
09	Labio leporino y/o paladar hendido

Clave	TIPO DE DISCAPACIDAD
10	Síndrome de Down
11	Otras discapacidades mentales
12	Otras discapacidades psicomotoras
13	Discapacidades múltiples

”

5. En la página 71, pregunta 14. Número de renglón que Identifica a la persona en el CUIS del **Anexo C.1.** Cuestionario Complementario del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos.

Dice:

“

13...	14. Número del renglón que identifica a la persona en el CUIS _____ _____ _____	15...
	} PASE A FIRMA	

”

Debe decir:

“

13...	14. Número del renglón que identifica a la persona en el CUIS _____ _____ _____	15...
	} PASE A 19	

”

6. En la página 72, pregunta 19. Parentesco con el menor del **Anexo C.1.** Cuestionario Complementario del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y Padres Solos.

Dice:

“

...	16...	17...	18...	19. Parentesco con el menor REGISTRAR CONFORME AL CUADRO DE PARENTESCO DE ESTA PREGUNTA <input type="checkbox"/> Sin parentesco 1 <input type="checkbox"/> Padre o madre..... 2 <input type="checkbox"/> Abuelo(a)..... 3 Hermano(a) 4 Tío(a)... 5 Otro familiar..... 6
-----	-------	-------	-------	---

”

Debe decir:

“

...	16...	17...	18...	19. Parentesco con el menor REGISTRAR CONFORME AL CUADRO DE PARENTESCO DE ESTA PREGUNTA <input type="checkbox"/> Madre. 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Tutor..... 3 Hermano(a) 4 Abuelo(a) 5 Tío(a) 6 Otro (especifique) 7
-----	-------	-------	-------	---

”

México, D.F., a 16 de febrero de 2012.- La Directora General Políticas Sociales, **María Gabriela González Martínez.**- Rúbrica.