



Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo

Departamento de Programas Sociales

Programa: Centro de Atención Integral de la Niñez "San José" ofrece una atención integral a niños y niñas de escasos recursos económicos del municipio de Puerto Cortés.

Servicios que prestamos	Beneficiarios
Área de Salud	
Medicina General (Control de Niño Sano)	Niños y niñas atendidos en el CAIN "San José"
Odontológico	
Alimentación Balanceada	
Psicológico	Niños y niñas, Padres de Familia, Tutores y Encargados.
Área de Educación	
Estimulación Temprana	Niños y niñas atendidos en el CAIN "San José"


Lic. Tania Concepción
Jefe Departamento de Programas Sociales





Municipalidad de Puerto Cortés

Gerencia de Planificación y Desarrollo
Departamento de Programas Sociales

✓ **Requisitos:**

- 2 fotografías tamaño carnet
- 1 partida de nacimiento original
- 1 fotocopia de cedula de ambos padres de familia, tutore y encargados.
- Ser madre o padre soltero que trabajen y son de escasos recursos económicos.
- Que sean matrimonios que ambos trabajen que sean de escasos recursos económicos.
- Niñas(os) de 6 meses hasta 6 años
- Copia de tarjeta de vacunas

✓ **Implementos que deberá presentar el padre al momento de ingresar el niño o niña al Caín San José.**

- Leche, si aún es lactante con 2 o más biberones.
- Ropa (2 mudas)
- Medicamento (controlado) en caso de necesitarlo
- Sabana
- Tollas húmedas
- Toalla para baño
- Pañales desechables diarios (4 unidades)

Los padres de familia realizan una aportación económica de Lps. 100.00 al mes.



Lic. Tania Concepción
Jefe Departamento de Programas Sociales



DEPARTAMENTO MUNICIPAL
PROGRAMAS SOCIALES
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

Fotografía

Ficha de Inscripción

Datos personales de la niña(o)

Nombre Completo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Persona con quien vive la niña(o): Madre _____ Padre _____

Otros: _____

Dirección actual: _____

Nivel Educativo

Kínder _____ Pre kínder _____ Preparatoria _____ Escuela _____

Nombre del Centro Educativo: _____ Jornada: _____

No. Teléfono: _____ Maestra(o): _____

Relación Familiar

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ No. Teléfono: _____

No. Identidad: _____ Ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____ No. Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ No. Teléfono: _____

No. Identidad: _____ Ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____ No. Teléfono: _____

Nombre de la Encargada(o): _____ Edad: _____ No. Teléfono: _____

No. Identidad: _____ Ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____ No. Teléfono: _____



Información General

Se firma la presente a los _____ del mes _____ del _____

Firma de Madre/Padre/Encargada(o)

Firma Administradora
Centro de Atención Integral de la Niñez "San José"



Lic. Tania Concepción
Jefe Departamento de Programas Sociales