



SOLICITUD DE ACLARACION POR HOMONIMIA DE NSS

No. de Crédito (s): _____

Fecha: _____

Datos de la persona afectada:

Nombre completo: _____

CURP: _____ R.F.C.: _____

NSS correcto, asignado según la constancia de homonimia ante el IMSS: _____

Correo electrónico (en caso de proporcionar uno acepta recibir notificaciones relacionadas con su aclaración): _____

Cliente FONACOT: NO SI Número de Cliente: _____

Datos del Homónimo (dueño del crédito)

Nombre completo: _____

NSS: que le corresponde al homónimo (según consta en la Certificación del IMSS): _____

Información del Homónimo (dueño del crédito) para ser llenada por la oficina FONACOT

No. FONACOT del trabajador: _____ CURP: _____ R.F.C.: _____

NSS registrado en sistema: _____

NSS que corresponde al dueño del crédito: _____

Oficina FONACOT: _____

Nombre y firma de quien valida la información: _____

Sello de sucursal

Anexar documentación cotejada y sellada por la oficina contra su original, para apoyar la investigación:

Marque con X

Hoja de Certificación del IMSS donde se indique el número de Seguridad Social que le corresponde y el número de Seguridad Social correspondiente al homónimo.	<input type="checkbox"/>
Identificación oficial vigente con fotografía y firma: Credencia de elector o, Pasaporte.	<input type="checkbox"/>
Recibos de pago de nómina, o comprobante de pago que acrediten las retenciones de créditos FONACOT no correspondientes.	<input type="checkbox"/>

Nota: se debe presentar copia y original para cotejo, sellado en oficina.

Describir a detalle los hechos, así como solicitar la bonificación de los descuentos realizados:

<p>_____</p> <p>Nombre completo de la persona afectada</p>	<p>_____</p> <p>Firma</p>
--	---------------------------