



SOLICITUD DE ACLARACION POR HOMONIMIA DE NSS

No. de Crédito (s): _____

Fecha: _____

Datos del Trabajador afectado:

Nombre completo: _____

CURP: _____ R.F.C: _____

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

Cliente FONACOT: NO SI Número de Cliente: _____

Datos del Homónimo (dueño del crédito)

Nombre completo: _____

NSS: que le corresponde al homónimo: _____

<u>Información del Homónimo para ser requisitada por la oficina FONACOT</u>	
No. FONACOT del trabajador: _____	CURP: _____ R.F.C: _____
NSS del homónimo registrado en sistema: _____	
NSS correcto del homónimo (dueño del crédito): _____	
Oficina del Instituto FONACOT: _____	
Nombre completo y firma de quien valida la información: _____	
SELLO OFICINA FONACOT	

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: Credencial de elector (con excepción de la 03), Pasaporte, Cédula Profesional (con antigüedad no mayor a 10 años de su fecha de expedición).	<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.

En caso de ser necesario, favor de describir los hechos, así como solicitar la bonificación de los descuentos realizados:

_____	_____
Nombre completo del trabajador	Firma