Trabajo
Secretaría del Trabajo y Previsión Social

INSTITUTO fonacot

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 (Acreditado, 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 Acreditado:_____ CURP:_____ R.F.C:_____

NSS registrado en sistema:_____

NSS que corresponde al dueño del crédito:_____

No. de afiliación del CT vigente:_____

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.	
Identificación oficial vigente con fotografía y firma: Credencia de elector o Pasaporte.	
Recibos de pago de nómina, o comprobante de pago que acrediten las retenciones de créditos FONACOT no correspondientes.	

Nota: Se debe presentar copia y original para cotejo, sellado en oficina.
Sólo se reembolsará el importe acreditado en recibos de nómina y pagado al Instituto.

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____ Nombre completo de la persona afectada	_____ Firma

FO266.03