

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha de solicitud			
	Día	Mes	Año

1.-COMPROBANTE OFICIAL MARCA Y ANEXA

Credencial de elector	Acta de nacimiento	Recibo			Factura electrónica	Otro:
		luz	Agua	Teléfono	Folio fiscal :	

2.-INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre:	Apellido paterno	Apellido materno
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad
CURP :		

3.-DOMICILIO

Calle	No. Exterior :
Colonia	Código Postal
Localidad o municipio:	Delegación
Teléfono :	Es cabeza de la familia Si () No ()

4.-DATOS COMPLEMENTARIOS

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Bachillerato () Universidad () Técnico () Posgrado () otros () Ninguno ()	Estado civil Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre () Separado ()	Sufre discapacidad Visual () Lenguaje () Auditiva () Motriz () Física () Intelectual () Ambas () Ninguna ()	Su casa es Propia, pagada y escriturada () Propia, pagada, sin escritura () Propia la está pagando () Rentada o alquilada () Prestada () Vive con familiar ()
Cuenta con los siguientes servicio Energía eléctrica () Drenaje () Agua potable () Lavadora () Refrigerador () T.V. () Teléfono () Horno de microondas () Radio () Estéreo () DVD () Computadora ()	Características de la casa 1 planta () 2 planta () Sala () Comedor () Cocina () Patio () Cochera () Baño () No. Recamaras ()	Ocupación Estudiante () Hogar () Empleado () Obrero () Profesionalista () Agricultor () Ganadero () Jornalero () Eventual ()	Tipo de combustible Gas () Petróleo () Leña () Carbón ()
El piso es Tierra () Cemento () Vitrop iso () Otro:	El techo es Ladrillo () Concreto () Lamina () Cartón ()		

5. INTEGRANTES DE HOGAR E INGRESOS ECONÓMICOS

Nombre completo	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Escolaridad	Servicio medico	Ocupación	Ingresos mensual

6. GASTOS MENSUALES

Alimentación:	Educación :	Transporte:	Combustible:
Renta:	Luz:	Agua :	Otro:

Total de ingresos mensuales	
Total de gastos mensuales	

7. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

Escuela	Centro de salud	Pavimento	Alumbrado público	Transporte público	Teléfono público
---------	-----------------	-----------	-------------------	--------------------	------------------

6. SALUD

CUENTA CON SERVICIOS DE				
<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> INSABI	<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> PEMEX

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA				
Cáncer Hipertensión () Cardiacos () Alergias () Diabetes ()				
Quemaduras () Presión Baja () Estrabismo () Paladar Hendido () Alzheimer ()				
Epilepsia () Discapacidad () Renales () Cardiopatías () Ninguna () OTRA :				

7.- RECIBE ALGÚN APOYO DE GOBIERNO ESTATAL, MUNICIPAL. SI () NO ()

Prospera ()	65 y más ()	Dif estatal ()	Gestión social gobierno del estado ()	Otro :
Apoyo:		Monto :		

8.-TIPO DE APOYO SOLICITADO

Así mismo () padre () madre () hijo () hermano () otro ¿Quién?

9.-DIAGNOSTICO SOCIAL

--

10.-SE VERIFICO LA INFORMACIÓN CON VISITA

Oficina () visita domiciliaria ()

Autoriza

Firma sello de Trabajo social

Nombre y firma del Solicitante