

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre: _____
(PATERNO) (MATERNO) NOMBRE(S)

Domicilio: _____
(CALLE) (NÚMERO) (COLONIA)

(MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)

Fecha de nacimiento: _____
AÑO / MES / DÍA LUGAR CURP

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Canalizado por: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Ingreso mensual: _____

¿Cómo obtuvo información de los apoyos que ofrece el DIF? _____

¿Ha recibido anteriormente algún apoyo por parte del DIF? SI/No: _____ Fecha: _____ Tipo de apoyo: _____

Documentación que presenta:

Dictamen médico: () Carta de Solicitud: () Identificación: () Acta de nacimiento () Fotografía: ()
Comprobante de ingresos: () Comprobante de domicilio () Oficio de canalización () Otros: _____

2.- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre: _____
(PATERNO) (MATERNO) NOMBRE(S)

Domicilio: _____
(CALLE) (NÚMERO) (COLONIA)

(MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)

3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR (personas que habitan en el mismo domicilio)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESO \$

Número total de miembros: _____

Total de ingreso mensual familiar: _____



Marque la casilla de acuerdo al grupo vulnerable que se identifica:

Pobreza Extrema	<input type="checkbox"/>	Mujer embarazada o lactando	<input type="checkbox"/>
Adulto Mayor	<input type="checkbox"/>	Persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>
Madre soltera	<input type="checkbox"/>	¿La familia pertenece a un grupo indígena?	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique): _____			

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA

Gasto mensual familiar

Alimentación \$ _____ Salud: \$ _____ Vivienda (mantenimiento): \$ _____
 Educación: \$ _____ Servicios públicos: \$ _____ Transporte: \$ _____ Vivienda: \$ _____
 Otros (especifique): _____ \$ _____

5.- ALIMENTACIÓN

Grupos de alimentos	Frecuencia de consumo por semana					Mencione hasta 5 alimentos de este grupo que acostumbra comer la familia	Total celdas vacías
	Diario	3-4 veces	2 veces	1 vez	Nunca		
Cereales y Tub							
Verduras							
Frutas							
Leguminosas							
Carne, huevo							
Lácteos							
Grasas							
Azúcares							

6.- VIVIENDA

Tipo de vivienda: _____ Régimen de propiedad: _____
 Servicios con que cuenta: Luz () Agua: () Gas: () Drenaje () Teléfono: () Internet: () Otros: ()
 Número de espacios: _____ Sala: () Comedor: () Recámara () Cocina: () Baño: () Otros: _____
 Material de construcción: Paredes: _____ Techo: _____ Piso: _____

7.- SALUD DEL BENEFICIARIO

Padecimiento actual: _____ Causa: _____
 Es derechohabiente de: IMSS () ISSSTE () OTRO ()
 Recibe atención médica: Si/No: _____ Dónde: _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN: _____
 (AÑO MES DÍA LUGAR)

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos que proporciono al SMDIF o SEDIF en este estudio socioeconómico son verídicos, en caso de probarse lo contrario, esta solicitud así como los otros trámites posteriores serán cancelados.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE SU APLICACIÓN