



# FORMATO OFICIAL DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

## 4. GASTO MENSUAL

ALIMENTACIÓN	EDUCACIÓN	RENTA	LUZ	AGUA
TRANSPORTE	COMBUSTIBLE	OTRO (Especifique)		
GAS	SERVICIOS TV	DIVERSIONES		
PLAN CELULAR	AHORROS O TANDAS	ROPA Y CALZADO		

TOTAL, INGRESO MENSUAL

TOTAL, GASTO MENSUAL


## 5. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

( ) ESCUELA	( ) CENTRO DE SALUD	( ) PAVIMENTO	( ) ALUMBRADO PÚBLICO	( ) TELÉFONO PÚBLICO	( ) TRANSPORTE PÚBLICO
-------------	---------------------	---------------	-----------------------	----------------------	------------------------

## 6. SALUD

CUENTAN CON SERVICIOS DE:

( ) IMSS    ( ) ISSSTE    ( ) SEGURO POPULAR    ( ) PARTICULAR    ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA:

A. ( ) Cáncer    B. ( ) Hipertensión    C. ( ) Cardíacos    D. ( ) Alergias    E. ( ) Diabetes  
 F. ( ) Quemaduras    G. ( ) Presión baja    H. ( ) Estrabismo    I. ( ) Paladar hendido    J. ( ) Alzheimer  
 K. ( ) Epilepsia    L. ( ) Discapacidad    M. ( ) Renales    N. ( ) Cardiopatías

OTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO	ENFERMEDAD	PARENTESCO

7. HA RECIBIDO ALGÚN APOYO DE GOBIERNO MUNICIPAL (IMJUV, SDIF, DESOM, SIMPATT, IMCAD, IMMUIER, IMAC, IMDET, CUALQUIER OTRA PARAMUNICIPAL A SI COMO SECRETARIA DE BIENESTAR.

APOYO Y EL MONTO:

( ) SI                      ( ) NO

APOYO: \_\_\_\_\_ MONTO \$ \_\_\_\_\_

**8. TIPO DE APOYO SOLICITADO**

APOYO PARA:

 Si mismo       Padre       Madre       Hijo       Hermano       Otro (Quien): \_\_\_\_\_
**A) DATOS DEL BENEFICIARIO (A)**

NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	ESCOLARIDAD
CURP				<input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> OTROS	
DOMICILIO					
CALLE:				No. EXTERIOR:	
COLONIA:			C.P.	No. INTERIOR:	
LOCALIDAD O COMUNIDAD:		DELEGACIÓN:		ENTRE CALLE	Y CALLE
TELÉFONO:					
<b>¿SUFRE DE DISCAPACIDAD O ALGUNA ENFERMEDAD?</b> <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MOTRIZ  Especifique: _____					

**FORMATO OFICIAL DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**  
(LOS APARTADOS 9, 10, 11 Y 12 SERÁN LLENADOS POR EL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA JUVENTUD)

**9. DIAGNÓSTICO SOCIAL**


**10. OBSERVACIONES**


**11. PLAN SOCIAL**


**12. SE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON VISITA**

( ) OFICINA      ( ) VISITA DOMICILIARIA      ( ) VISITA COLATERAL

RATIFICO EN TODO Y CADA UNA DE SUS PARTES LO ANTES PLASMADO, SIENDO VERÍDICO Y POR ENDE ACEPTO TODA CONSECUENCIA QUE ESTO DERIVA.

\_\_\_\_\_  
LIC. WILLIVALDO BALTAZAR VELAZQUEZ  
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE  
ASUNTOS ACADEMICOS

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE