

Dirección de Sistemas Municipales, Alimentación y Desarrollo Comunitario
Coordinación de Bienestar Comunitario

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA: NO. FOLIO: NO. DE EXPEDIENTE:

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
CALLE		NÚMERO		COLONIA	
LOCALIDAD		MUNICIPIO		ESTADO	
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	TIEMPO DE RADICAR EN EL ESTADO		
ESTADO CIVIL		CURP		ESCOLARIDAD	
No. SEGURIDAD SOCIAL		QUIEN SE LO OTORGA		INSTITUCIÓN	
OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL			

2.- APOYO SOLICITADO

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR (personas que habitan en el mismo domicilio del beneficiario, incluido el beneficiario)

NOMBRE	EDAD	SEXO H/M	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA VIVIENDA? _____ NOMBRE DEL JEFE(A) DE FAMILIA _____

¿RECIBE INGRESOS ADICIONALES? PENSIÓN BECA B. JUAREZ PPAM (65+) REMESAS OTROS _____

¿A CUÁL SERVICIO MÉDICO ASISTEN? IMSS ISSSTE INSABI SEDENA

PEMEX SEGURO PRIVADO ARMADA / MARINA NO TIENE

¿CUANTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD HAY EN SU HOGAR?: _____

¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENEN? MÚSCULO ESQUELÉTICA AUDITIVA VISUAL
 INTELECTUAL NEUROMOTORA OTRA _____

¿ALGUNA PERSONA TIENE PROBLEMAS DE ADICCIONES? SI NO _____

SÓLO PREGUNTAR, SI HAY MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS EN LA CONSTITUCIÓN FAMILIAR

¿ACTUALMENTE ALGUNA INTEGRANTE

DE SU HOGAR ESTÁ EMBARAZADA? SI ¿CUÁNTAS? _____ ¿QUÉ EDADES TIENEN? _____ NO

¿ALGUNA DE LAS MUJERES TIENE HIJOS? SI ¿CUÁNTAS? _____ ¿QUÉ EDADES TIENEN? _____
 NO (PASAR A 5.- SITUACIÓN ECONÓMICA)

¿CUÁNTOS TIENE? _____ ¿TODOS VIVOS? SI (PASAR A 5.- SITUACIÓN ECONÓMICA) NO

¿DE QUÉ EDAD FALLECIERON? 0-11 MESES 1-5 AÑOS 6 AÑOS ENADELANTE

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA

GASTO FAMILIAR

ALIMENTACIÓN \$ _____ SALUD \$ _____ OTROS \$ _____

EDUCACIÓN \$ _____ SERVICIOS PÚBLICOS \$ _____

TRANSPORTE \$ _____ VIVIENDA (RENTA) \$ _____

ALIMENTACIÓN.- QUÉ ALIMENTOS CONSUME LA FAMILIA REGULARMENTE:

DESAYUNO:

COMIDA:

CENA:

5.- VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA RENTADA PRESTADA PAGÁNDOLA

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA: LUZ GAS DRENAJE BAÑO TELÉFONO AGUA

OTROS: _____

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES _____ TECHO _____ PISO _____

ESPACIOS DEL HOGAR: SALA COCINA COMEDOR BAÑO RECÁMARAS, ¿CUÁNTAS? _____

NÚMERO DE HABITACIONES QUE SE UTILIZAN PARA DORMIR (SIN CONTAR PASILLOS) _____

6.- SALUD DEL BENEFICIARIO

PADECIMIENTO (S) ACTUAL DEL BENEFICIARIO:

RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: SI NO ¿DÓNDE?: _____

¿QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE? (SI EXISTE) MUSCULO ESQUELETICA AUDITIVA VISUAL

INTELECTUAL NEUROMOTORA OTRA

¿CAUSA DE LA DISCAPACIDAD? ACCIDENTE CONGÉNITA GENÉTICA

7.- EVALUACIÓN GENERAL

DIAGNÓSTICO SOCIAL (Resumen de las características y condiciones relevantes para ser beneficiario de proyecto):

SUGERENCIAS

Me manifiesto sabedor y conforme, de que la información proporcionada supra líneas, será utilizada para efectos estadísticos en el banco de datos sobre asistencia social, conformado por el Sistema Estatal de Información de Gestión Social (SIGES).

Nombre y firma solicitante.

Nombre y firma del Promotor del PSBC
Responsable del SMDIF

Nombre y firma del Promotor del PSBC
Responsable del SEDIF