

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

(Apellido paterno)

(A. materno)

(Nombre (s))

DOMICILIO:

(Calle)

(Número)

(Colonia)

(Delegación o Municipio)

(Entidad Federativa)

(CP)

DATOS DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE:

(Apellido paterno)

(A. materno)

(Nombre (s))

DOMICILIO:

(Calle)

(Número)

(Colonia)

(Delegación o Municipio)

(Entidad Federativa)

(CP)

TELÉFONO FIJO

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

Compañía contratada

Plan o prepago

II. INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR (Todos los que viven en la misma casa, incluido el alumno o alumna, siempre y cuando dependan del padre, madre o tutor)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	INGRESOS MENSUALES \$
Total					
Ingreso mensual Per Capita					

III. SITUACIÓN ECONÓMICA

Gasto mensual familiar

Alimentación

Salud

Transporte

Educación

Servicios Públicos

Otro

Esparcimiento

Vivienda/Renta

Tiene deudas

Monto total de abonos mensuales

(sí no)

IV. ALIMENTACIÓN (Describa los alimentos que consume cotidianamente)

DESAYUNO

ALMUERZO

COMIDA

MERIENDA

CENA

ALGÚN OTRO ALIMENTO ENTRE COMIDAS

V. VIVIENDA

Zona _____

(Urbana/Ejidal)

Tipo de tenencia de la vivienda

- PROPIETARIO
- ARRENDATARIO
- ADQUIRIENTE
- USUFRUCTUARIO (Habita la vivienda que no es de su propiedad)
- ALLEGADO (Vive en una casa familiar y no paga renta)
- OTROS (Especifique) _____

Servicios Públicos

- LUZ AGUA
- PAVIMENTO
- DRENAJE
- TRANSPORTE
- GAS
- OTRO SERVICIO _____

Espacios de la Vivienda

- SALA () COMEDOR () RECÁMARAS () COCINA () BAÑOS ()
- COCHERA () PATIO DELANTERO () PATIO TRASERO () OTRO* ()

*EXPLIQUE _____

Materiales de Construcción

PAREDES _____ TECHO _____ PISO _____

VI.

SITUACIÓN DE SALUD (Enfermedad al interior de la familia, dependientes del padre, madre o tutor.)

NOMBRE DEL ENFERMO	PARENTEZCO CON EL ALUMNO (A)	DIAGNÓSTICO MÉDICO

VII. SALUD DEL ALUMNO (A) (Incluyendo riesgos por estado de gravidez)

Padece alguna enfermedad _____

Causa de la enfermedad (en caso de que la ubiere) _____

Es derechohabiente IMSS ISSSTE OTRO _____

Recibe atención médica Sí () NO () Donde _____

HÁBITOS

Consumo bebidas alcoholicas Sí () NO () Frecuencia _____

Fuma Sí () NO () A veces () Cuántos cigarros _____

Asiste a fiestas/Antros Sí () NO () Frecuencia _____

VIII TENENCIA DE VEHÍCULO (El que exista en la familia y que dependa del padre, madre o tutor)

¿Posee vehículo particular?

MODELO

MARCA

¿Posee vehículo de uso comercial?

MODELO

MARCA

IX. DATOS LABORALES DEL PADRE (Si es el sostén de la familia)

1. DEPENDENCIA

Trabaja para alguna empresa

Trabaja de manera Independiente

2. ESTADO OCUPACIONAL

Activo estable

Activo inestable

Cesante

Jubilado o Pensionado

3. ACTIVIDAD QUE REALIZA (Indique también su lugar de trabajo)

X. SITUACIÓN OCUPACIONAL DE LA PERSONA QUE GENERE INGRESOS ADICIONALES Y VIVA EN LA CASA FAMILIAR

1. DEPENDENCIA

Trabaja para alguna empresa

Trabaja de manera Independiente

2. ESTADO OCUPACIONAL

Activo estable

Activo inestable

Cesante

Jubilado o Pensionado

3. ACTIVIDAD QUE REALIZA (Indique también su lugar de trabajo)

XI. TOTAL DE INGRESOS MENSUALES DEL GRUPO FAMILIAR

PADRE

OTRA(S) PERSONA(S)

OTROS INGRESOS

Pensión Asistencial

Pensión por invalidez

Pensión de Alimentos

Apoyos Sociales

INGRESOS PER CAPITA (MENSUALES)

XII. ALUMNO O ALUMNA CON HIJOS A SU CARGO

Su cónyuge trabaja Sí () NO ()

Ingresos mensuales del cónyuge

Su cónyuge vive con usted Sí () NO ()

Otros ingresos

Nivel de estudios de su cónyuge

Sus hijos reciben algún tipo de beca Sí ()

Dependientes económicos

NO ()

XIII SEÑALE SI HA RECIBIDO EL BENEFICIO DE ALGÚN PROGRAMA DE BECAS

() SI () NO

AÑO	MONTO

XIV EVALUACIÓN GENERAL

Nombre de quien realiza el estudio _____

Área canalizadora _____

Teléfono celular o particular _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN _____

(año mes día)

(lugar)

OBSERVACIONES GENERALES DE LA COMISIÓN EVALUADORA _____

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO, MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE INSTRUMENTO SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES, ASÍ COMO HACER ENTREGA DE COMPROBANTES ORIGINALES CUANDO SE LE SOLICITEN.

NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR

COMISIÓN DE EXENCIÓN

