

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO



DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO) APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:

(CALLE) NUMERO (LUGAR) COLONIA)

F
O
T
O

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (DELEGACION O MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL TELEFONO)

SEXO (AÑO MES DIA) (LUGAR)
EDAD ESTADO CIVIL CANALIZADO POR

ESCOLARIDAD OCUPACION INGRESO \$

AYUDA EN ESPECIE

¿COMO OBTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA P.B.P? _____

¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE SUBSIDIO DE P.B.P? SI _____ NO _____ FECHA _____ TIPO DE SUBSIDIO _____

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

- DICTAMEN MEDICO () CARTA DE SOLICITUD () IDENTIFICACION () ACTA DE NACIMIENTO () FOTOGRAFIA (S) ()
- COMPROBANTE DE INGRESOS () COMPROBANTE DE DOMICILIO () OFICIO DE CANALIZACION ()
- OTROS () _____

DADOS DE SOLICITANTE

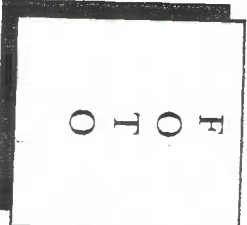


NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO) _____ (APELLIDO MATERNO) _____ (NOMBRE (S)) _____ (PARENTESCO) _____

DOMICILIO:

(CALLE) _____ (NUMERO) _____ (COLONIA) _____



(DELEGACION O MUNICIPIO) _____ (ENTIDAD FEDERATIVA) _____ (CODIGO POSTAL) _____ (TELEFONO) _____

CONSTITUCION FAMILIAR

(PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO, INCLUYENDO AL BENEFICIARIO)

NOMBRE	EDAD	DIA DEL NACIMIENTO	OCCUPACION	INGRESOS \$

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS (INCLUYENDO AL BENEFICIARIO) _____ TOTAL INGRESO MENSUAL FAMILIAR \$ _____

SITUACION ECONOMICA

GASTO MENSUAL FAMILIAR

ALIMENTACION \$ _____	SALUD \$ _____	VIVIENDA (MANTENIMIENTO) \$ _____
EDUCACION \$ _____	SERVICIOS PUBLICOS \$ _____	OTROS (_____) \$ _____
TRANSPORTE \$ _____	VIVIENDA (RENTA) \$ _____	

TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR: \$ _____

ALIMENTACION (QUE REGULARMENTE CONSUME LA FAMILIA)

DESAYUNO _____

COMIDA _____

CENA _____

VIVIENDA



ZONA _____ SERVICIOS PUBLICOS: LUZ () AGUA () PAVIMENTO () DRENAJE () TELEFONO () TRANSPORTE ()

TIPO DE VIVIENDA _____ REGIMEN DE PROPIEDAD _____

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ () AGUA () GAS () DRENAJE () TELEFONO () OTROS () _____

NUMERO DE ESPACIOS: SALA () COMEDOR () RECAMARA () COCINA () BAÑO _____

OTROS _____

MATERIAL DE CONSTRUCCION: PAREDES _____ TECHO _____ PISO _____

SALUD DEL BENEFICIARIO

PADECIMIENTO ACTUAL _____ CAUSA _____

ES DERECHO HABIENTE DE: IMSS () ISSSTE () OTRO () _____

RECIBE ATENCION MEDICA: SI () NO () DONDE _____



GOBIERNO DEL ESTADO - 2009-2011

EVALUACION GENERAL

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL: _____

DEPENDENCIA CANALIZADORA: _____

DIRECCION Y TELEFONO: _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACION: _____

(AÑO MES DIA)

(LUGAR)

EVALUACION GENERAL DEL TRABAJADOR SOCIAL _____

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

