

# H. AYUNTAMIENTO DE IXTLAHUACÁN

## Estudio Socioeconómico

FECHA:

NO. FOLIO:

NO. DE EXPEDIENTE:

### 1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
CALLE	NÚMERO	MUNICIPIO		COLONIA	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		INSTITUCIÓN	
No. SEGURIDAD SOCIAL		QUIEN SE LO OTORGA		INGRESO MENSUAL	
OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL			

### 2.- APOYO SOLICITADO

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA

### 3.- CANALIZADO POR:

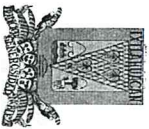
TRABAJADOR(A) SOCIAL:

APELLIDO PATERNO  APELLIDO MATERNO  NOMBRE(S)

ÁREA  TELÉFONO

### 4.- 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



# H. AYUNTAMIENTO DE IXTLAHUACÁN

## Estudio Socioeconómico

?CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA VIVIENDA? \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL JEFE(A) DE FAMILIA \_\_\_\_\_

?RECIBE INGRESOS ADICIONALES?  PENSIÓN  OPORTUNIDADES  70 Y MÁS  REMESAS  OTROS \_\_\_\_\_

?A CUAL SERVICIO MÉDICO ASISTEN?  IMSS  ISSSTE  SEGURO POPULAR  SEDENA  PEMEX  SEGURO PRIVADO  ARMADA / MARINA  NO TIENE

?CUÁNTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD HAY EN SU HOGAR?: \_\_\_\_\_

?QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENEN?  MUSCULO 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

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 EN ADELANTE

### 5.- SITUACIÓN ECONÓMICA

#### GASTO FAMILIAR

ALIMENTACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SALUD \$ \_\_\_\_\_ OTROS \$ \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS \$ \_\_\_\_\_

TRANSPORTE \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA) \$ \_\_\_\_\_

#### ALIMENTACIÓN - QUÉ ALIMENTOS CONSUME LA FAMILIA REGULARMENTE:

DESAYUNO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_

### 6.- 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) \_\_\_\_\_

### 7.- SALUD DEL BENEFICIARIO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: \_\_\_\_\_

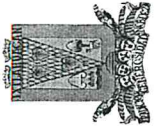
RECIBE ATENCIÓN MÉDICA:  SI  NO ?DÓNDE?: \_\_\_\_\_

?QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE? (SI EXISTE)  MUSCULO ESQUELÉTICA  AUDITIVA  VISUAL

INTELECTUAL  NEUROMOTORA  OTRA \_\_\_\_\_

?CAUSA DE LA DISCAPACIDAD?  ACCIDENTE  CONGÉNITA  GENÉTICA

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_



# H. AYUNTAMIENTO DE IXTLAHUACÁN

## Estudio Socioeconómico

### 8.- EVALUACIÓN GENERAL

DIAGNÓSTICO SOCIAL:


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 del solicitante y firma.

Nombre y firma del trabajador(a) social.  
Elaboró

Nombre del trabajador(a) social  
responsable del caso.  
Firma y sello

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910

1910