



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

PROGRAMAS DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre: _____
(PATERNO MATERNO NOMBRE(S))

Domicilio: _____
(CALLE NÚMERO COLONIA)

(MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)

Fecha de nacimiento: _____
AÑO / MES / DÍA LUGAR CURP

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Canalizado por: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Ingreso mensual: _____

¿Cómo obtuvo información de los apoyos que ofrece el DIF? _____

¿Ha recibido anteriormente algún apoyo por parte del DIF? Si/No: _____ Fecha: _____ Tipo de apoyo: _____

Documentación que presenta:

Dictamen médico: () Carta de Solicitud: () Identificación: () Acta de nacimiento () Fotografía: ()

Comprobante de ingresos: () Comprobante de domicilio () Oficio de canalización () Otros: _____

Marque la casilla de acuerdo al grupo vulnerable que se identifica en el beneficiario: ***OBLIGATORIO**

<input type="checkbox"/>	Niña, niño o adolescente en condición de vulnerabilidad que asiste a plantel público del Sistema Educativo Nacional	<input type="checkbox"/>	Menor de 2 a 5 años
<input type="checkbox"/>	Mujer Embarazada	<input type="checkbox"/>	Persona con discapacidad
<input type="checkbox"/>	Mujer en periodo de lactancia	<input type="checkbox"/>	Adulto mayor
<input type="checkbox"/>	Lactante de 6 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	Persona con carencia alimentaria
<input type="checkbox"/>	Lactante de 12 a 24 meses		

Si es mujer embarazada, indique los meses de gestación: _____

Si es mujer en periodo de lactancia, indique edad del bebé _____

2.- DATOS DEL SOLICITANTE (quien realiza la gestión, padre, madre o tutor, en caso de ser el mismo beneficiario no se requiere llenado)

Nombre: _____
(PATERNO MATERNO NOMBRE(S))

Domicilio: _____
(CALLE NÚMERO COLONIA)

(MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)



3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR (personas que habitan en el mismo domicilio)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESO \$

Número total de miembros: _____ Total de ingreso mensual familiar: _____

Entidad Federativa de Nacimiento del beneficiario	
---	--

Nombre de la Localidad del Domicilio del Beneficiario	
---	--

Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario

***Marque una opción de acuerdo al tipo de vialidad**

	AMPLIACIÓN		CALZADA		DIAGONAL		PROLONGACIÓN		CAMINO
	ANDADOR		CERRADA		EJE VIAL		RETORNO		TERRACERÍA
	AVENIDA		CIRCUITO		PASAJE		VIADUCTO		VEREDA
	BOULEVARD		CIRCUNVALACIÓN		PEATONAL		NINGUNO		
	CALLE		CONTINUACIÓN		PERIFÉRICO		CARRETERA		
	CALLEJÓN		CORREDOR		PRIVADA		BRECHA		

Nombre de la Vialidad del Domicilio del Beneficiario	
--	--

Tipo de Carretera del Domicilio
() Estatal () Federal () Municipal () Particular

Derecho de Tránsito de la Carretera del Domicilio
() Cuota () Libre

Nombre del Camino de Domicilio	
--------------------------------	--



Tipo de Camino del Domicilio
() Brecha () Camino () Terracería () Vereda

Número Exterior Número 1 del Domicilio del Beneficiario	
Número Exterior Número 2 del Domicilio del Beneficiario	
Número Exterior Alfanumérico (letra y número) del Domicilio del Beneficiario	
Número Interior del Domicilio del Beneficiario	

Tipo de Asentamiento Humano del Domicilio del Beneficiario
--

***Marque una opción de acuerdo al tipo de asentamiento**

AEROPUERTO	CORREDOR INDUSTRIAL	INGENIO	RANCHO	VILLA
AMPLIACIÓN	COTO	MANZANA	REGIÓN	ZONA FEDERAL
BARRIO	CUARTEL	PARAJE	RESIDENCIAL	ZONA INDUSTRIAL
CANTÓN	EJIDO	PARQUE INDUSTRIAL	RINCONADA	ZONA MILITAR
CIUDAD	EXHACIENDA	PRIVADA	SECCIÓN	ZONA NAVAL
CIUDAD INDUSTRIAL	FRACCIÓN	PROLONGACIÓN	SECTOR	NINGUNO
COLONIA	FRACCIONAMIENTO	PUEBLO	SUPERMANZANA	ZONA COMERCIAL
CONDOMINIO	GRANJA	PUERTO	UNIDAD	LOCALIDAD
CONJUNTO HABITACIONAL	HACIENDA	RANCHERÍA	UNIDAD HABITACIONAL	

Nombre del Asentamiento Humano del Domicilio del Beneficiario	
---	--

Referencias del Domicilio del Beneficiario

Primera de las entre vialidades en donde está ubicado el Domicilio del Beneficiario	Nombre:
	Tipo de Vialidad: _____ <small>(Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)</small>
Segunda de las entre vialidades en donde está ubicado el Domicilio del Beneficiario	Nombre:
	Tipo de Vialidad: _____ <small>(Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)</small>
Nombre de la Vialidad que se ubica en la parte Posterior al Domicilio del Beneficiario	
Descripción de la Ubicación	
Longitud:	Latitud:



En caso de ser beneficiario del Programa Desayunos Escolares Modalidad Caliente:

Domicilio del Espacio Alimentario	
-----------------------------------	--

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA

Gasto mensual familiar

Alimentación \$ _____ Salud: \$ _____ Vivienda (mantenimiento): \$ _____
 Educación: \$ _____ Servicios públicos: \$ _____ Transporte: \$ _____
 Vivienda: \$ _____ Otros (especifique): _____ \$ _____

5.- ALIMENTACIÓN

Grupos de alimentos	Frecuencia de consumo por semana					Mencione hasta 5 alimentos de este grupo que acostumbra comer la familia					Total celdas vacías
	Diario	3-4 veces	2 veces	1 vez	Nunca						
Cereales y Tubérculos											
Verduras											
Frutas											
Leguminosas											
Carne, huevo											
Lácteos											
Grasas											
Azúcares											

6.- VIVIENDA

Tipo de vivienda: _____ Régimen de propiedad: _____

Servicios con que cuenta: Luz () Agua () Gas () Drenaje () Teléfono () Internet () Otros _____
 Número de espacios: _____ Sala () Comedor () Recámara () Cocina () Baño () Otros _____
 Material de construcción: Paredes _____ Techo _____ Piso _____

7.- SALUD DEL BENEFICIARIO

Padecimiento actual: _____ Causa: _____
 Es derechohabiente de: IMSS () ISSSTE () OTRO ()
 Recibe atención médica: Si/No: _____ Dónde: _____

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN: _____

(AÑO MES DÍA LUGAR)

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos que proporciono al SMDIF o SEDIF en este estudio socioeconómico son verídicos, en caso de probarse lo contrario, esta solicitud así como los otros trámites posteriores serán cancelados.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE SU APLICACIÓN