ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
Calle	Número	Colonia
Localidad	Municipio	Estado
Código Postal	Teléfono de casa	Teléfono celular
Sexo / Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Tiempo de radicar en la entidad
Estado civil	CURP	Escolaridad
No. de Seguridad Social	¿Quién se lo otorga?	Institución

2.- APOYO SOLICITADO

Apoyo solicitado:	
Documentación que presenta:	

3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR

Nombre	Edad	Sexo (H/M)	Parentesco con beneficiario	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual

¿Cuántas personas viven en la vivienda?_____ ¿Nombre del jefe(a) de familia? _____

¿Recibe ingresos adicionales?

☐ Pensión ☐ 70 y más

☐ Oportunidades ☐ Remesas

☐ Otros_____

¿A cuál servicio médico asiste su familia?

☐ IMSS ☐ ISSSTE

☐ Seguro Popular ☐ SEDENA

☐ PEMEX ☐ Seguro privado

☐ Armada/Marina ☐ No tiene

¿Algún integrante presenta problemas de adiciones? ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas personas con discapacidad hay en su hogar? _____

¿Qué tipo de discapacidad presentan?

☐ Músculo esquelético ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Neuromotora

☐ Ninguna ☐ Otros _____

Preguntar lo siguiente solo si hay mujeres mayores de 12 años en el hogar

¿Alguna integrante está embarazada? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántas? _____ ¿Qué edades tienen?_____

¿Alguna integrante tiene hijos? ☐ No ☐ Sí ¿Cuántas? _____ ¿Qué edades tienen?_____

¿Cuántos tiene? _____ ¿Todos vivos? ☐ No ☐ Sí (*Pasar a la sección Situación Económica*)

¿De qué edad fallecieron? ☐ 0-11 meses ☐ 1-5 años ☐ 6 años en adelante

5.- SITUACIÓN ECONÓMICA

Gasto familiar

Alimentación $_____ Salud $_____ Vivienda $_____ Educación $_____

Servicios públicos $_____ Transporte $_____ Otros $_____

Alimentación. ¿Qué alimentos consume la familia regularmente?

Desayuno:

Comida:

Cena:

6.- SALUD DEL BENEFICIARIO

Diagnóstico médico:_____

¿Recibe atención médica?: ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

¿Presenta algún tipo de discapacidad?

☐ Músculo esquelético ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual ☐ Neuromotora

☐ Ninguna ☐ Otras _____

Causa de la discapacidad

☐ Accidente ☐ Congénita ☐ Genética ☐ No aplica

Padecimiento actual:_____

7.- VIVIENDA

Tipo de vivienda: ☐ Propia ☐ Rentada ☐ Prestada ☐ Pagándola

Servicios en la vivienda: ☐ 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 utilizados para dormir (sin contar pasillos) _____

8.- EVALUACIÓN

Diagnóstico social:

SUGERENCIAS

_____ Nombre y firma del solicitante

_____ Nombre y firma de quien realiza el estudio

AVISO DE PRIVACIDAD: El Ayuntamiento de Tecomán, a través de la Dirección de Atención Ciudadana y Desarrollo Social es el responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione. Sus datos personales serán utilizados para verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios para ser beneficiario de algún tipo de apoyo y/o programa social. Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales salvo aquellas que sean estrictamente necesarias para la realización del trámite y/o servicio; así como para atender requerimientos de información de una autoridad competente, debidamente fundada y motivada. Para ejercer sus derechos ARCO https://tecoman.gob.mx/post.php?p=12282 y para consultar el aviso de privacidad Integral usted podrá visitar la página web institucional en el enlace https://www.tecoman.gob.mx/transparencia/AVISO%20DE%20PRIVACIDAD%202021-2024.pdf.