

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Coordinación de Asistencia Social

1 de 4 hojas

Fecha	Folio	Nº de expediente

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Parentesco: _____

Nombre de Beneficiario: _____ Edad: _____

Calle: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Tel.: _____

Referencias del Municipio: _____

Solicitud al SMDIF, apoyo para _____

A causa de _____

Beneficiario por otro programa ¿Cuál?	¿Con quién vive?	¿Cuántas personas viven en el domicilio del Beneficiario?

Grado de estudios	Pts.	Ocupación	Pts.	Ingreso Fam. sem. \$1,554.00	Pts.	Estado civil	Pts.
Analfabeta	7	Desempleado/Ama de casa/Estudiante	7	0-300	7	Viudo	7
Sabe leer y escribir	6	Jubilado/Pensionado	6	301-600	6	Divorciado/Separado	6
Primaria	5	Oficios Varios	5	601-900	5	Madre soltera	5
Secundaria	4	Capesinos/Jornalero	4	901-1000	4	Union Libre	4
Bachillerato	3	Empleada doméstica/peón	3	1001-1300	3	Casado	3
Técnica	2	Albañil/Obrero	2	1301-1500	2	Soltero	2
Profesional	1	Comerciante establecido	1	Más de 1501	1		1
		Empleado	1				

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

2 de 4 hojas

SECC. I INFORMACIÓN FAMILIAR

Tipo de familia	Pts.
Compuestas	5
Incompuestas	4
Nuclear	3
Secundaria	2
Unipersonal	1

No. de dependientes del ingreso familiar	Pts.
5 en adelante	5
4	4
3	3
2	2
1	1

No. de personas que aportaron ingreso familiar	Pts.	Egresos mensuales	\$
0	6	Alimentación	
1	5	Salud	
2	4	Educación	
3	3	Vivienda	
4	2	Servicios	
5	1	Trasporte	
		Otros	
		Total	\$

SECC. II VIVIENDA

Ubicación de la vivienda	Pts.
Col. Urbano marginada	7
Comunidad Rural	6
Col. Popular	5
Asentamiento irregular	4
Unipersonal	3
Fracc. Interés social	2
Fracc. Medio /residencial	1

Tipo de propiedad	Pts.
Sin vivienda	6
Prestada	5
Compartida con otra familia	4
Rentada	3
Propia con crédito	2
Propia	1

Descripción de la vivienda*		
Material de la construcción		
Techos	Paredes	Pisos

SECC. III SERVICIOS PÚBLICOS

* Por cada servicio que no se tenga, se agraga un punto.

Agua*	
Sanitario*	

Luz	
Cable	

Teléfono	
Drenaje	

SECC. IV SALUD

Discapacidad	1
Necesidad de Educación Especial	2

Padecimientos crónicos	3
Común (Respiratorios)	1

Acceso de servicios de salud	0
Ninguno	1

SECC. V ALIMENTACIÓN

Cuántas veces a la semana consume estos alimentos:

Alimentos	Diaria	Cada 3er. día	1 vez a la semana	Nunca
Lácteos				
Carne				
Pollo				
Pescado				
Fruta				
Verdura				
Cereales				
Huevo				

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

3 de 4 hojas

SECC. VI INFORMACIÓN FAMILIAR COMPLEMENTARIA

Nombre	Edad	Parentesco	Estado civil	Escolaridad	Ocupación

Firma del solicitante

Comentarios

Fecha de Visita: _____

Referido por: _____

Porcentaje total autorizado de apoyo al: _____ % _____ otros: _____

Costo total del servicio: _____ beneficio económico _____

Aportación beneficiario _____

Aportación SMDIF Corregidora: _____ M.N.

Elaboró

Revisó

Autorizó

*Deberá anexar a la presente, copia simple de la identificación oficial con fotografía del solicitante y beneficiario. De NO contar con la misma, presentar alguno de los siguientes documentos: cartilla militar, licencia o pasaporte.