

INSTRUCCIONES

Proporciona información verídica y completa.

Todos los datos son confidenciales y serán utilizados únicamente para fines de otorgamiento de becas.

1. DOCUMENTACIÓN OFICIAL

Recuerda anexar comprobantes de los siguientes documentos:



Identificación del alumno



Identificación del padre o tutor



Comprobante de domicilio



Comprobante de ingreso



Foto de la fachada de la casa

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ años

CURP: _____

Información de Domicilio

Calle: _____ No. Ext e int.: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Alcaldía o municipio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Estado Civil:

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Unión libre

☐ Divorciado(a)

Ocupación:

☐ Estudiante ☐ Agricultor(a) ☐ Ganadero(a)

☐ Hogar ☐ Jornalero(a) ☐ Empleado(a)

☐ Obrero ☐ Eventual ☐ Profesionista

☐ Otro _____

¿Padece alguna discapacidad? (Puedes seleccionar más de una)

 Motriz

 Visual

 Auditiva

 Autismo

 TDA

 TDH

☐ Ninguna ☐ Otra (especifique): _____

Características de la casa

El piso es:

Tierra ☐ Cemento ☐

Vitropiso ☐ Otro ☐

El techo es:

Lámina ☐ Concreto ☐

Madera ☐ Cartón ☐

Otro _____

Número de recámaras:

☐ 1 ☐ 2

☐ 3 ☐ 4 o más

Número de baños:

☐ 1 ☐ 2

☐ 3 ☐ 4 o más

Combustible utilizado en casa:

☐ Gas

☐ Leña o carbón

☐ Electricidad

Almacenamiento de agua:

☐ Tinaco ☐ Ambos

☐ Cisterna ☐ Ninguno

¿Cuenta con automóvil?

☐ Sí, propio

☐ Sí, prestado

☐ No

¿Cuenta con cochera?

☐ Sí

☐ No

¿Cuenta con patio?

☐ Sí ☐ No

El sanitario es:

☐ Letrina ☐ Baño

3. INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONÓMICOS

(Incluir tu ingreso económico)

(El ingreso mensual declarado debe coincidir con el monto comprobable de la nómina o constancia de ingresos)

Nombre completo	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual
TOTAL DE INGRESO FAMILIAR					\$

4. GASTO MENSUAL FAMILIAR

Renta	Alimentación	Transporte	Ropa y Calzado	Agua
\$	\$	\$	\$	\$
Electricidad	Gas	Predial	Combustible	Teléfono Celular
\$	\$	\$	\$	\$
Educación	Gastos médicos y medicamentos	Diversión	Internet	Otros
\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL DE GASTOS				\$

7. ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD:

Nombre del familiar	Padecimiento

Manifiesto que yo, de voluntad propia he incluido en el presente documento la información aquí presentada, y que la misma es completamente verdadera, por ende, acepto toda consecuencia que de ella derive.

TRABAJADORA SOCIAL

TS. PAOLA CAROLINA MONTOYA

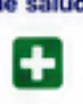
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

5. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

Escuela



Centro de salud



Pavimento



Alumbrado Público



Teléfono público



Transporte público



6. SERVICIOS DE SALUD

Cuenta con servicio de:

☐ IMSS

☐ ISSSTE

☐ INSABI (Seguro Popular)

☐ Servicios de Salud Estatal

☐ Seguro Privado

☐ Otro

☐ No cuenta con servicio

8. BECAS PREVIAS

¿Has recibido anteriormente alguna beca? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál beca fue? _____