

FOLIO
FECHA

DIA	MES	AÑO

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S):		APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:	
MUNICIPIO:		FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	
MARTICULA:		TELEFONO:		CARRERA TSU () _____	
				ING () _____	
				LIC () _____	
DOMICILIO:					
CALLE:				No. EXTERIOR:	
COLONIA:		C.P.		No. INTERIOR:	
ESTADO CIVIL:		¿SUFRE DE DISCAPACIDAD?		BECA QUE SOLICITA:	
<input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/> NO SABE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A)		<input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> FISICA <input type="checkbox"/> LENGUAJE <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> MOTRIZ		ALIMENTICIA () DISCAPACIDAD () SOCIOECONOMICA () TRANSPORTE () RUTA _____	
				OCUPACION DEL ESTUDIANTE:	
				<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO	

2. CARACTERISTICAS DE SU VIVIENDA

SU CASA ES:		TU PISO ES:		TU TECHO ES:		¿CUENTAS CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE EQUIPAMIENTO?	
<input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> PRESTADA <input type="checkbox"/> RENTADA		<input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> CEMENTO <input type="checkbox"/> VITROPISO OTRO: _____		<input type="checkbox"/> LADRILLO <input type="checkbox"/> CONCRETO <input type="checkbox"/> LAMINA <input type="checkbox"/> CARTON <input type="checkbox"/> MADERA OTRO: _____		<input type="checkbox"/> ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> TELEFONO FIJO <input type="checkbox"/> DRENAJE () FOZA <input type="checkbox"/> TEL. CELULAR <input type="checkbox"/> AGUA POTABLE <input type="checkbox"/> MICROONDAS <input type="checkbox"/> GAS NATURAL <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> GAS BUTANO <input type="checkbox"/> COMPUTADORA <input type="checkbox"/> LAVADORA DE ROPA <input type="checkbox"/> SECADORA DE ROPA <input type="checkbox"/> REFRIGERADOR <input type="checkbox"/> TELEVISION	
<input type="checkbox"/> 1PLANTA <input type="checkbox"/> No. de recamaras <input type="checkbox"/> 2PLANTAS <input type="checkbox"/> No. de baños <input type="checkbox"/> COMEDOR <input type="checkbox"/> PATIO <input type="checkbox"/> COCINA <input type="checkbox"/> COCHERA <input type="checkbox"/> SALA				AUTOMOVIL			
				<input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> PRESTADO <input type="checkbox"/> NO TIENE			

3. INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONOMICOS

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	SALARIO	INGRESO MENSUAL
					TOTAL	

GASTOS MENSUALES

RENTA	ALIMENTACION	EDUCACION
AGUA	TELEFONO	GASTOS MEDICOS
LUZ	INTERNET	OTROS
COMBUSTIBLE	TRANSPORTE	
TOTAL DE EGRESOS		

4. SALUD

CUENTA CON SERVICIO DE:

IMSS ISSSTE PARTICULAR NINGUNO

QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA:

- A. CANCER B. HIPERTENSION C. CARDIACOS D. ALERGIAS E. DIABETES
 F. QUEMADURAS G. PRESION BAJA H. PALADAR HENDIDO I. ALZHEIMER
 J. EPILEPSIA K. DISCAPACIDAD L. RENALES

OTRO (ESPECIFIQUE): _____

NOMBRE COMPLETO	ENFERMEDAD	PARENTESCO

5. RECIBES ALGUNA BECA POR LA UNIVERSIDAD O DE ALGUNA DEPENDENCIA DISTINTA.

SI MUNICIPAL OTRO

APOYO: _____ MONTO \$ _____

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.

T.S. PAOLA CHARIGLIONI MONTOYA

TRABAJADORA SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE