

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

- Niña, niño o adolescente en condición de vulnerabilidad que asiste a plantel público del Sistema Educativo Nacional
- Mujer Embarazada
- Mujer en período de lactancia
- Lactante de 6 a 12 meses
- Lactante de 12 a 24 meses

- Menor de 2 a 5 años
- Persona con discapacidad
- Adulto mayor
- Persona con carencia alimentaria

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 llenar)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(PATERNO) MATERNO NOMBRE(S)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(CALLE) NÚMERO (COLONIA)

\_\_\_\_\_  
(MUNICIPIO) ENTIDAD FEDERATIVA

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

<input type="checkbox"/> AEROPUERTO	<input type="checkbox"/> CORREDOR INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> INGENIO	<input type="checkbox"/> RANCHO	<input type="checkbox"/> VILLA
<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/> COTO	<input type="checkbox"/> MANZANA	<input type="checkbox"/> REGIÓN	<input type="checkbox"/> ZONA FEDERAL
<input type="checkbox"/> BARRIO	<input type="checkbox"/> CUARTEL	<input type="checkbox"/> PARAJE	<input type="checkbox"/> RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/> ZONA INDUSTRIAL
<input type="checkbox"/> CANTÓN	<input type="checkbox"/> EJIDO	<input type="checkbox"/> PARQUE INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> RINCONADA	<input type="checkbox"/> ZONA MILITAR
<input type="checkbox"/> CIUDAD	<input type="checkbox"/> EXHACIENDA	<input type="checkbox"/> PRIVADA	<input type="checkbox"/> SECCIÓN	<input type="checkbox"/> ZONA NAVAL
<input type="checkbox"/> CIUDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> FRACCIÓN	<input type="checkbox"/> PROLONGACIÓN	<input type="checkbox"/> SECTOR	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> COLONIA	<input type="checkbox"/> FRACCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> PUEBLO	<input type="checkbox"/> SUPERMANZANA	<input type="checkbox"/> ZONA COMERCIAL
<input type="checkbox"/> CONDOMINIO	<input type="checkbox"/> GRANJA	<input type="checkbox"/> PUERTO	<input type="checkbox"/> UNIDAD	<input type="checkbox"/> LOCALIDAD
<input type="checkbox"/> CONJUNTO HABITACIONAL	<input type="checkbox"/> HACIENDA	<input type="checkbox"/> RANCHERÍA	<input type="checkbox"/> 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: _____ (Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)
Segunda de las entre vialidades en donde está ubicado el Domicilio del Beneficiario	Nombre:
	Tipo de Vialidad: _____ (Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)
Nombre de la Vialidad que se ubica en la parte posterior al Domicilio del Beneficiario	
Descripción de la Ubicación	
Longitud:	Latitud:

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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCCUPACION	INGRESOS

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

<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/> CALZADA	<input type="checkbox"/> DIAGONAL	<input type="checkbox"/> PROLONGACIÓN	<input type="checkbox"/> CAMINO
<input type="checkbox"/> ANDADOR	<input type="checkbox"/> CERRADA	<input type="checkbox"/> EJE VIAL	<input type="checkbox"/> RETORNO	<input type="checkbox"/> TERRACERÍA
<input type="checkbox"/> AVENIDA	<input type="checkbox"/> CIRCUITO	<input type="checkbox"/> PASAJE	<input type="checkbox"/> VIADUCTO	<input type="checkbox"/> VEREDA
<input type="checkbox"/> BOULEVARD	<input type="checkbox"/> CIRCUNVALACIÓN	<input type="checkbox"/> PEATONAL	<input type="checkbox"/> NINGUNO	
<input type="checkbox"/> CALLE	<input type="checkbox"/> CONTINUACIÓN	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> CARRETERA	
<input type="checkbox"/> CALLEJÓN	<input type="checkbox"/> CORREDOR	<input type="checkbox"/> PRIVADA	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

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: Sí/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