

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

TIPO DE BECA A SOLICITAR: () ALIMENTICIA () GRUPOS VULNERABLES

1. Matrícula: _____ Nombre completo: Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

2. Programa Educativo: _____ Cuatrimestre: _____ Promedio general: _____

3. Edad: _____ Estado civil: Soltero(a) () Casado(a) () Divorciado(a) ()

4. Número de hijos () Edad de cada uno: _____

5. Dirección: Calle _____ Núm. _____
Colonia _____ Código postal. _____

6. Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

7. Actualmente vives: A) Con padres () B) Con algún familiar () C) Solo(a) ()
D) Con amigos () E) Con pareja o cónyuge ()

8. Cuadro Familiar (incluyéndote): *Ingreso promedio mensual

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	ESCOLARIDAD	INGRESO

¿Alguno de los integrantes de tu familia requiere atención médica especial? Especifique:

9. La casa donde vives es: A) Propia () B) Rentada () C) Prestada ()

Servicios: Luz () Agua () Teléfono () Internet () TV de paga ()

Material de la casa: Paredes y techo de concreto () Paredes concreto y techo de lámina/asbesto ()

Paredes de madera o adobe y techo de lámina () Otros materiales () (especifique) _____

Número de dormitorios: 5 o más () 3-4 () 1-2 ()

Número de personas por dormitorio: 1-2 () 3 () 4 o más ()

Número de focos en la vivienda: 1 a 5 () 5 a 10 () más de 10 ()

Unidos logramos más UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE HERMOSILLO, SONORA.

Blvd. de Los Seris final sur s/n Parque Industrial Hermosillo. C.P83299 Tels.: +52 (662) 251-1100 al 04

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

10. ¿Cuenta con automóvil propio? No () Si () Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

¿Cuántos camiones toma para trasladarse al día? _____ ¿Qué rutas? _____

11. ¿Actualmente cuentas con alguna otra beca o apoyo económico? (Institución, Monto y Periodicidad): _____

12. ¿Tú o tu familia están inscritos a algún(os) programa(s) sociales de nivel municipal, estatal y/o federal?

Si () No ()

Especifica:

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR ACADÉMICO QUE PROMUEVE: _____

Sello de la carrera

*En caso de solicitar beca alimenticia, adicionalmente tendrá que acudir al Departamento de Promoción a la Salud.

FIRMA DE LA JEFA DE DEPARTAMENTO DE PROMOCIÓN A LA SALUD. (Sello del Departamento)

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formato es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe la veracidad de esta información.

Fecha: _____

* Nombre y Firma del alumno: _____

***Llenar todos los campos, no se evaluarán solicitudes incompletas o sin las firmas y sellos correspondientes.**