

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

Fecha de solicitud: _____.

Marca con una (X) las respuestas.

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

1. Matrícula: _____

2. Nombre completo: Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

3. Programa Educativo (carrera): _____

Cuatrimestre: _____

Promedio general: _____

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

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

6. Dirección: _____ Núm. _____

Colonia _____ Código postal _____

7. Teléfono(1): _____ Correo electrónico(1): _____

Teléfono(2): _____ Correo electrónico(2): _____

8. Actualmente vives: A) Con padres () B) Con algún familiar () C) Solo(a) ()

D) Con amigos () E) Con pareja o cónyuge ()

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

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	ESCOLARIDAD	INGRESO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

10. 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 ()

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

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

12. ¿Actualmente cuentas con alguna otra beca o apoyo económico? (Institución, Monto y

Periodicidad): _____

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

Si () No ()

Especifica:

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.

***Llenar todos los campos, no se evaluarán solicitudes incompletas.**

*******Entregar esta solicitud en SERVICIOS MÉDICOS*******

Servicios médicos:

Beca:

Aceptada

Rechazada

Nombre y firma del tutor (opcional): _____