PUEBLOS INDÍGENAS
COMISIÓN ESTATAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Información Socioeconómica

FECHA DE LEVANTAMIENTO / /

CURP

I. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

NOMBRE (S) DEL (LA) BENEFICIARIO (A) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: _____ LOCALIDAD O COLONIA: _____

CALLE: _____ NÚMERO: _____ C.P. _____ SECCIÓN: _____

REFERENCIA: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

II. TIPO DE PROGRAMA

- ◯ HILOS DE IDENTIDAD.
- ◯ MUJER DE MAÍZ.
- ◯ POR SI LAS LLUVIAS.
- ◯ AYUDAS COMUNITARIAS A MUJERES Y FAMILIAS INDÍGENAS.
- ◯ SEGURIDAD ALIMENTARIA .
- ◯ ECO ESTUFAS DEL BIENESTAR.
- ◯ EMPRESA INDIGENA COMUNITARIA.
- ◯ MACROJORNADAS ¡A VER, A VER!.
- ◯ SANITARIOS CON BIODIGESTOR PARA POBLACIÓN INDÍGENA.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1.- AGUA ENTUBADA ____
2.- ENERGÍA ELÉCTRICA ____
3.- DRENAJE ____
S PARA SI
N PARA NO

1.-PISO ____
2.- PAREDES ____
3.-TECHO ____
A ADOBE **B** BLOCK **C** CEMENTO **T** TIERRA **D** MATERIAL DE DESECHO **P** PALMA
M MADERA **L** LÁMINA u **O** OTRO

1.- CASA HABITACIÓN ____ 2.- DEPARTAMENTO ____ 3.- CUARTO DE AZOTEA ____ 4.- OTRO ____
1.- PROPIA ____ 2.- RENTADA ____ 3.- PRESTADA ____ 4.- OTRO ____

IV. INFORMACIÓN DE EMPLEO

1.- ¿ACTUALMENTE TRABAJA?
SI ◯ NO ◯ A VECES ◯

2.- OCUPACIÓN: _____ 3.- INGRESO SEMANAL: _____
4.- MEDIO PARA LLEGAR A SU TRABAJO: _____

1.- SEXO ____ **M** MUJER **H** HOMBRE

2.- ESTADO CIVIL ____
SOLTERO, CASADO, VIUDO, DIVORCIADO, UNIÓN LIBRE

3.- EDAD ____

4.- ¿CUÁNTOS HIJOS TIENE? ____

5.-¿QUIÉN CUIDA A LOS HIJOS? _____

6.- ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS
- ◯ PRIMARIA
- ◯ SECUNDARIA
- ◯ BACHILLERATO
- ◯ SUPERIOR
- ◯ NINGUNO

7.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR? ____

8.- ¿HABLANTE DE LENGUA INDIGÉNA? OTOMÍ (ÑUHU) ◯ TEPEHUA ◯ OTRO ◯ NAHUÁTL ◯ NINGUNA ◯

9.- ¿DERECHOHABIENCIA?
- ◯ **IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX**
- ◯ **IMSS BIENESTAR**
- ◯ **NINGUNO**

10.- ¿DISCAPACIDAD? ____ 11.- ¿CUÁL? _____

1.- NÚMERO DE HABITANTES EN LA VIVIENDA (INCLUYENDO BENEFICIARIO (A)? ____

2.-EDAD DE LOS HABITANTES DE LA VIVIENDA (ESPECIFICAR CUÁNTOS)?
- ____ EDAD 0-12
- ____ EDAD 13-29
- ____ EDAD 30-59
- ____ EDAD 60 O MÁS

3.- ¿DURANTE EL MES SE QUEDARON ALGÚN DÍA SIN COMIDA? ____

4.- ¿DISCAPACIDAD DE ALGÚN HABITANTE DE LA VIVIENDA? ____

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERDADEROS Y QUE NO ESTOY RECIBIENDO APOYOS DE OTROS PROGRAMAS SOCIALES FEDERALES O ESTATALES SIMILARES QUE IMPLIQUEN DUPLICAR O SUSTITUIR LOS APOYOS QUE ESTOY SOLICITANDO, POR TANTO SI ES QUE LLEGARA A DETECTAR INFORMACIÓN FALSA, ESTOY CONSCIENTE QUE SE PROCEDERÁ A LA CANCELACIÓN DE ESTA SOLICITUD Y/O APOYO.

_____
FIRMA DEL (LA) BENEFICIARIO (A)