

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS.

1- MAMA:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombres _____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Escolaridad: ____ Hijos: ____ Teléfono: _____
(Especificar si es celular).

Domicilio completo: _____
Especificar nombre de la calle núm. int. y ext.

Colonia _____ código postal _____ municipio _____

Referencia domiciliaria: _____

Condiciones de salud del candidato: _____

2- PAPA:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombres _____
Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____ Escolaridad: ____ Hijos: ____ Teléfono: _____
(Especificar si es celular)

Domicilio completo: _____
Especificar nombre de la calle núm. int. y ext.

Colonia _____ Código postal _____ Municipio _____

Referencia domiciliaria: _____

Condiciones de salud del candidato: _____

Otros servicios médicos a los que acude a consulta

ISSSTE () IMSS () PEMEX () INSABI () SEDENA () OTROS () ESPECIFIQUE ()

En el transcurso de la mañana y en su jornada laboral al cuidado de quien se queda su familiar.

Nombre del cuidador: _____ edad: ____ parentesco: _____

Horario de cuidado: _____

Bajo protesta de decir verdad, de la información proporcionada al solicitar la afiliación de mis candidatos me comprometo a cumplir con los requisitos que señala la ley del ISSET artículo 6, fracción I-VII, así mismo esta información podrán ser verificado para su autenticidad en caso de ser necesario; y de no cumplir con los criterios establecidos, se cancelara los tramites de afiliación.

-Este documento no tendrá ningún valor si presente algún borrón o tachadura.

Nombre completo del informante

Firma

Diagnóstico social: _____

Plan social: _____

Si existiera inconsistencia en la información durante la entrevista, será necesario validar los datos, a través de la visita domiciliaria realizada por el trabajador social, y se determinará si cumple con los criterios para la autorización.

Nombre completo, cédula profesional y firma del
Trabajador Social.

Si procede la dependencia económica ()

No procede la autorización, porque no cumple

El criterio de autorización ()

Vo. Bo.
L.C.P Rosa María Castro Frías
Jefa del Departamento de Afiliación