|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº | NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | INGRESOS |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INGRESOS MENSUALES | |
| PERSONA QUE APORTA | MONTO |
| PADRE: | $ |
| MADRE: | $ |
| HIJOS E HIJAS: | $ |
| OTROS: | $ |
| TOTAL: | $ |

­­

|  |  |
| --- | --- |
| CONCEPTO | $ |
| ALIMENTACIÓN | $ |
| GAS | $ |
| LUZ | $ |
| INTERNET | $ |
| TELÉFONO | $ |
| RENTA DE CASA | $ |
| HABITACIÓN | $ |
| TRANSPORTE | $ |
| MEDICAMENTOS | $ |
| OTRO: | $ |
| TOTAL: | $ |

EGRESO MENSUAL

**ESTRUCTURA FAMILIAR**

NOMBRE:

SEXO: EDAD: ESTADO CIVIL: NÚMERO DE CONTACTO: DIRECCIÓN:

CALLE NÚMERO COLONIA /JUNTA AUXILIAR MUNICIPIO

TIPO DE APOYO QUE SOLICITA:

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**



**TIPO DE ALIMENTACIÓN**



NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA FUNCIONARIA

*Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que la solicitud presentada automáticamente se considerara no procedente.*

NO. CAMAS NO. ESTUFA NO. REFRIGERADOR

NO. LAVADORAS: NO. LICUADORAS NO. TELEVISOR NO. RADIO

¿ESTÁ USTED INSCRITO A ALGUNA INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL O CUENTA CON ALGUN APOYO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL, SI CUAL:

INSABI  IMSS  ISSSTEP  OTRO  NINGUNO 

NIVEL A (BUENO):

NO TIENE CARENCIAS SOCIALES.

NIVEL B (REGULAR):

CUENTA CON AL MENOS UNA CARENCIA SOCIAL REZAGO EDUCATIVO, ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL, CALIDAD Y ESPACIOS DE VIVIENDA, SERVICIOS BÁSICOS EN LA VIVIENDA Y ACCESO A LA ALIMENTACIÓN Y SU INGRESO ES INSUFICIENTE PARA ADQUIRIR LOS BIENES Y SERVICIOS QUE REQUIERE.

NIVEL C (MALO):

CUANDO UNA PERSONA TIENE TRES O MÁS CARENCIAS REZAGO EDUCATIVO, ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, LA SEGURIDAD SOCIAL, CALIDAD, ESPACIOS Y SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA, ACCESO A LA ALIMENTACIÓN Y SU INGRESO ES TAN BAJO DE LA LÍNEA QUE NO PODRÍA NI COMPLETAR SU ALIMENTACIÓN CON LOS NUTRIENTES NECESARIOS.

**MOBILIDAD**

**TIPO DE VIVIENDA**

PROPIA  RENTADA  PRESTADA 

CASA  DEPARTAMENTO  CUARTO 

PAREDES: LADRILLO BLOCK LÁMINA OTROS

TECHO: COLADO LÁMINA TEJA OTROS

PISO: LOSETA CEMENTO LADRILLO TIERRA

SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA:

AGUA POTABLE DRENAJE  LUZ  INTERNET  TELÉFONO FIJO  PAVIMENTO  POZO 

EN QUE SE BASA SU ALIMENTACIÓN:

FRUTAS/VERDURAS  PRODUCTOS LÁCTEOS  PROTEÍNAS  GRANOS

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME SUS ALIMENTOS? 1  2  3 MÁS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_