

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

**PROGRAMAS DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ASISTENCIA SOCIAL ALIMENTARIA**

**1.- DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(PATERNO) (MATERNO) (NOMBRE(S))

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (NÚMERO) (COLONIA)

\_\_\_\_\_  
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (CÓDIGO POSTAL) (TELÉFONO)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
AÑO / MES / DÍA LUGAR CURP

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Canalizado por: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_

¿Cómo obtuvo información de los apoyos que ofrece el DIF? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido anteriormente algún apoyo por parte del DIF? Si/No: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de apoyo: \_\_\_\_\_

**Documentación que presenta:**

Dictamen médico: ( ) Carta de Solicitud: ( ) Identificación: ( ) Acta de nacimiento ( ) Fotografía: ( )

Comprobante de ingresos: ( ) Comprobante de domicilio ( ) Oficio de canalización ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Marque la casilla de acuerdo al grupo vulnerable que se identifica en el beneficiario: **\*OBLIGATORIO**

<input type="checkbox"/>	Niña, niño o adolescente en condición de vulnerabilidad que asiste a plantel público del Sistema Educativo Nacional	<input type="checkbox"/>	Menor de 2 a 5 años
<input type="checkbox"/>	Mujer Embarazada	<input type="checkbox"/>	Persona con discapacidad
<input type="checkbox"/>	Mujer en periodo de lactancia	<input type="checkbox"/>	Adulto mayor
<input type="checkbox"/>	Lactante de 6 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	Persona con carencia alimentaria
<input type="checkbox"/>	Lactante de 12 a 24 meses		

Si es mujer embarazada, indique los meses de gestación: \_\_\_\_\_

Si es mujer en periodo de lactancia, indique edad del bebé \_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL SOLICITANTE** (quien realiza la gestión, padre, madre o tutor, en caso de ser el mismo beneficiario no se requiere llenado)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(PATERNO) (MATERNO) (NOMBRE(S))

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (NÚMERO) (COLONIA)

\_\_\_\_\_  
(MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (CÓDIGO POSTAL) (TELÉFONO)

**3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR** (personas que habitan en el mismo domicilio)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESO \$

Número total de miembros: \_\_\_\_\_ Total de ingreso mensual familiar: \_\_\_\_\_

Entidad Federativa de Nacimiento del beneficiario	
---	--

Nombre de la Localidad del Domicilio del Beneficiario	
---	--

Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario
---

**\*Marque una opción de acuerdo al tipo de vialidad**

<input type="checkbox"/>	AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/>	CALZADA	<input type="checkbox"/>	DIAGONAL	<input type="checkbox"/>	PROLONGACIÓN	<input type="checkbox"/>	CAMINO
<input type="checkbox"/>	ANDADOR	<input type="checkbox"/>	CERRADA	<input type="checkbox"/>	EJE VIAL	<input type="checkbox"/>	RETORNO	<input type="checkbox"/>	TERRACERÍA
<input type="checkbox"/>	AVENIDA	<input type="checkbox"/>	CIRCUITO	<input type="checkbox"/>	PASAJE	<input type="checkbox"/>	VIADUCTO	<input type="checkbox"/>	VEREDA
<input type="checkbox"/>	BOULEVARD	<input type="checkbox"/>	CIRCUNVALACIÓN	<input type="checkbox"/>	PEATONAL	<input type="checkbox"/>	NINGUNO		
<input type="checkbox"/>	CALLE	<input type="checkbox"/>	CONTINUACIÓN	<input type="checkbox"/>	PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>	CARRETERA		
<input type="checkbox"/>	CALLEJÓN	<input type="checkbox"/>	CORREDOR	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	BRECHA		

Nombre de la Vialidad del Domicilio del Beneficiario	
--	--

Tipo de Carretera del Domicilio
( ) Estatal ( ) Federal ( ) Municipal ( ) Particular

Derecho de Tránsito de la Carretera del Domicilio
( ) Cuota ( ) Libre

Nombre del Camino de Domicilio	
--------------------------------	--

Tipo de Camino del Domicilio			
( ) Brecha	( ) Camino	( ) Terracería	( ) Vereda

Número Exterior Número 1 del Domicilio del Beneficiario	
Número Exterior Número 2 del Domicilio del Beneficiario	
Número Exterior Alfanumérico (letra y número) del Domicilio del Beneficiario	
Número Interior del Domicilio del Beneficiario	

Tipo de Asentamiento Humano del Domicilio del Beneficiario
--

**\*Marque una opción de acuerdo al tipo de asentamiento**

<input type="checkbox"/>	AEROPUERTO	<input type="checkbox"/>	CORREDOR INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	INGENIO	<input type="checkbox"/>	RANCHO	<input type="checkbox"/>	VILLA
<input type="checkbox"/>	AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/>	COTO	<input type="checkbox"/>	MANZANA	<input type="checkbox"/>	REGIÓN	<input type="checkbox"/>	ZONA FEDERAL
<input type="checkbox"/>	BARRIO	<input type="checkbox"/>	CUARTEL	<input type="checkbox"/>	PARAJE	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL	<input type="checkbox"/>	ZONA INDUSTRIAL
<input type="checkbox"/>	CANTÓN	<input type="checkbox"/>	EJIDO	<input type="checkbox"/>	PARQUE INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	RINCONADA	<input type="checkbox"/>	ZONA MILITAR
<input type="checkbox"/>	CIUDAD	<input type="checkbox"/>	EXHACIENDA	<input type="checkbox"/>	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	SECCIÓN	<input type="checkbox"/>	ZONA NAVAL
<input type="checkbox"/>	CIUDAD INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	FRACCIÓN	<input type="checkbox"/>	PROLONGACIÓN	<input type="checkbox"/>	SECTOR	<input type="checkbox"/>	NINGUNO
<input type="checkbox"/>	COLONIA	<input type="checkbox"/>	FRACCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	PUEBLO	<input type="checkbox"/>	SUPERMANZANA	<input type="checkbox"/>	ZONA COMERCIAL
<input type="checkbox"/>	CONDOMINIO	<input type="checkbox"/>	GRANJA	<input type="checkbox"/>	PUERTO	<input type="checkbox"/>	UNIDAD	<input type="checkbox"/>	LOCALIDAD
<input type="checkbox"/>	CONJUNTO HABITACIONAL	<input type="checkbox"/>	HACIENDA	<input type="checkbox"/>	RANCHERÍA	<input type="checkbox"/>	UNIDAD HABITACIONAL		

Nombre del Asentamiento Humano del Domicilio del Beneficiario	
---	--

**Referencias del Domicilio del Beneficiario**

<b>Primera</b> de las entre vialidades en donde está ubicado el Domicilio del Beneficiario	Nombre:
	Tipo de Vialidad: _____ <small>(Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)</small>
<b>Segunda</b> de las entre vialidades en donde está ubicado el Domicilio del Beneficiario	Nombre:
	Tipo de Vialidad: _____ <small>(Ver catálogo en Tipo de Vialidad del Domicilio del Beneficiario)</small>
Nombre de la Vialidad que se ubica en la parte <b>Posterior</b> al Domicilio del Beneficiario	
Descripción de la Ubicación	
Longitud:	Latitud:

En caso de ser beneficiario del Programa Desayunos Escolares Modalidad Caliente:

Domicilio del Espacio Alimentario	
-----------------------------------	--

#### 4.- SITUACIÓN ECONÓMICA

Gasto mensual familiar

Alimentación \$ \_\_\_\_\_ Salud: \$ \_\_\_\_\_ Vivienda (mantenimiento): \$ \_\_\_\_\_  
 Educación: \$ \_\_\_\_\_ Servicios públicos: \$ \_\_\_\_\_ Transporte: \$ \_\_\_\_\_  
 Vivienda: \$ \_\_\_\_\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

#### 5.- ALIMENTACIÓN

Grupos de alimentos	Frecuencia de consumo por semana					Mencione hasta 5 alimentos de este grupo que acostumbra comer la familia					Total celdas vacías	
	Diario	3-4 veces	2 veces	1 vez	Nunca							
Cereales y Tubérculos												
Verduras												
Frutas												
Leguminosas												
Carne, huevo												
Lácteos												
Grasas												
Azúcares												

#### 6.- VIVIENDA

Tipo de vivienda: \_\_\_\_\_ Régimen de propiedad: \_\_\_\_\_

Servicios con que cuenta: Luz ( ) Agua ( ) Gas ( ) Drenaje ( ) Teléfono ( ) Internet ( ) Otros \_\_\_\_\_

Número de espacios: \_\_\_\_\_ Sala ( ) Comedor ( ) Recámara ( ) Cocina ( ) Baño ( ) Otros \_\_\_\_\_

Material de construcción: Paredes \_\_\_\_\_ Techo \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

#### 7.- SALUD DEL BENEFICIARIO

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

Es derechohabiente de: IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO ( )

Recibe atención médica: Si/No: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_  
 (AÑO                      MES                      DÍA                      LUGAR)

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos que proporciono al SMDIF o SEDIF en este estudio socioeconómico son verídicos, en caso de probarse lo contrario, esta solicitud así como los otros trámites posteriores serán cancelados.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE  
DE SU APLICACIÓN



SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE ZACATECAS  
DIRECCIÓN GENERAL  
SUBDIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

