****

**ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA**

**DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL FILANTROPÍA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO**

**SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES Y VINCULACIÓN SOCIAL**

**DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y GESTIÓN CIUDADANA**

***ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PERSONAS FÍSICAS***

**1.- DATOS DEL BENEFICIARIO:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S))*

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(CALLE NÚMERO COLONIA)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(DELEGACIÓN O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)*

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(AÑO MES DÍA) (LUGAR*)

SEXO\_\_\_\_\_ EDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CANALIZADO POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INGRESO $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APOYO EN ESPECIE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿CÓMO OBTUVO INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA PBP?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE APOYO DE PBP?: SI\_\_\_NO\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_TIPO DE APOYO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA: OFICIO DE CANALIZACIÓN ( ) DICTÁMEN MÉDICO ( ) ESTUDIO SOCIOECONÓMICO ( ) FOTO COPIA IDENTIFICACIÓN PACIENTE ( ) FOTOCOPIA IDENTIFICACIÓN SOLICITANTE( ) COMPROBANTE DOMICILIO ( ) COPIA CURP PACIENTE ( )

**2.- DATOS DEL SOLICITANTE:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S))*

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(CALLE NÚMERO COLONIA)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(DELEGACIÓN O 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INGRESO TOTAL MENSUAL FAMILIAR: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4.- SITUACIÓN ECONÓMICA:**

**GASTO MENSUAL FAMILIAR.**

ALIMENTACIÓN $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SALUD $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIVIENDA (MANTENIMIENTO) $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDUCACIÓN $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OTROS ( )$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRANSPORTE $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA)$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TOTAL DE EGRESOS MENSUALES FAMILIARES** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.- ALIMENTACIÓN:**

****

DESAYUNO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.- VIVIENDA:**

ZONA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS: LUZ ( ) AGUA ( ) PAVIMENTO ( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( ) TRANSPORTE ( )

TIPO DE VIVIENDA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RÉGIMEN DE PROPIEDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ ( ) AGUA ( ) GAS( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( ) OTROS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE ESPACIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SALA ( ) COMEDOR ( ) RECÁMARA ( ) COCINA ( ) BAÑO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OTROS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TECHO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**7.- SALUD DEL BENEFICIARIO:**

PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****DEPENDENCIA CANALIZADORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(AÑO MES DÍA) (LUGAR)*

**EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_