



Comunidad de origen:

¿Habla alguna lengua o dialecto indígena?

¿Qué dialecto o lengua indígena habla?

|    |    |
|----|----|
|    |    |
| Si | No |
|    |    |

**III.- Estructura Familiar** (Datos de los miembros de la familia que viven y duermen en la misma vivienda que el solicitante)

¿Cuántas personas en total viven y duermen en su vivienda?

¿Cuántos dormitorios tiene su vivienda?

| Nombre (s) |  | Apellido Paterno | Apellido Materno | Genero |   | Edad (años) |
|------------|--|------------------|------------------|--------|---|-------------|
| 1          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 2          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 3          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 4          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 5          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 6          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 7          |  |                  |                  | M      | F |             |
| 8          |  |                  |                  | M      | F |             |

| J.Jefe de familia |   | H. Hija            |   | H-Hogar        |   | J.Jornalero/Albañil |   | U.Jubilado |   | N.Ninguna    |   | B.Bachillerato |   | C.Completa   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|---|--------------------|---|----------------|---|---------------------|---|------------|---|--------------|---|----------------|---|--------------|---|---|---|---|---|---|---|
| E.Esposa          |   | O. Otro parentesco |   | S. Estudiante  |   | E.Empleado/Obrero   |   | O.Otra     |   | P.Primaria   |   | T.Tecnico      |   | I.Incompleta |   |   |   |   |   |   |   |
|                   |   |                    |   | D. Desempleado |   | C.Cuenta propia     |   | N.Ninguna  |   | S.Secundaria |   | S.Superior     |   |              |   |   |   |   |   |   |   |
| Parentesco        |   |                    |   | Ocupación      |   |                     |   |            |   |              |   | Escolaridad    |   |              |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 2                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 3                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 4                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 5                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 6                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 7                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |
| 8                 | J | E                  | H | O              | H | S                   | D | J          | E | C            | U | O              | N | N            | P | S | B | T | S | C | I |

**IV.- Salud**

Discapacidad

|                                  |  |                           |  |  |
|----------------------------------|--|---------------------------|--|--|
| Tiene algún tipo de Discapacidad | S.Sensorial I.Intelectual<br>M.Motriz E.Mental | Motivo de la discapacidad | Cuenta con una acreditación por una instancia oficial de la discapacidad que presenta: | Instancia oficial que otorga la credencial |
|                                  |  |                           |  | DIF Estatal <input type="text"/>           |

|                             |  |  |                                 |                                       |
|-----------------------------|--|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| Si <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Porque así naci <input type="checkbox"/>             | Si <input type="checkbox"/>     | DIF Nacional <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> |  | Por una enfermedad <input type="checkbox"/>          | No <input type="checkbox"/>     | COEDIS <input type="checkbox"/>       |
|                             |  | Por un accidente <input type="checkbox"/>            | Motivo <input type="checkbox"/> | IMSS <input type="checkbox"/>         |
|                             |  | Por edad avanzada <input type="checkbox"/>           |                                 | CONADIS <input type="checkbox"/>      |
|                             |  | Por otra causa(Especifique) <input type="checkbox"/> |                                 | Otro: <input type="checkbox"/>        |

Actualmente, ¿a qué institución está afiliada(o) o inscrito para recibir servicios de salud?

|                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
| IMSS ..... <input type="checkbox"/>   | Seguro Popular ..... <input type="checkbox"/> | PEMEX, Defensa o Marina ..... <input type="checkbox"/> | Seguro Privado ..... <input type="checkbox"/> |
| ISSSTE ..... <input type="checkbox"/> | Otra ¿Cuál? ..... <input type="checkbox"/>    | Ninguno ..... <input type="checkbox"/>                 |   |

Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?

|   |  |  |
|---|--|--|
| Centros de salud y hospitales (Secretaria de salud)..... <input type="checkbox"/> | Hospital o Instituto (Secretaria de salud)..... <input type="checkbox"/> | Seguro social o IMSS..... <input type="checkbox"/>                                       |
| IMSS-Oportunidades..... <input type="checkbox"/>                                  | ISSSTE..... <input type="checkbox"/>                                     | Otro servicio médico público (PWMWZ, Defensa, Marina, DIF)..... <input type="checkbox"/> |
| Consultorios y hospitales privados... <input type="checkbox"/>                    | Consultorio de farmacias ¿Cuál(es)?..... <input type="checkbox"/>        | Curandero, hierbero, comadrona..... <input type="checkbox"/>                             |
| Se automedica..... <input type="checkbox"/>                                       | Cruz Verde/Cruz Roja..... <input type="checkbox"/>                       |  |

### V.- Ingresos / Gastos

|   |  |  |                            |                            |
|---|--|--|----------------------------|----------------------------|
| H.Hogar   | J.Kornalero/Albañil  | M. Empleado/Obrero   | U.Jubilado                 | S.Estudiante               |
| D.Desempleado   | N.Ninguna  | C.Cuenta Propia  | O.Otra                     |                            |
| <input type="checkbox"/> H  | <input type="checkbox"/> D   | <input type="checkbox"/> J                                       | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> C  | <input type="checkbox"/> U   | <input type="checkbox"/> O                                       | <input type="checkbox"/> S |                            |
| ¿Durante el mes pasado trabajó? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |  |                            |                            |
| ¿Actualmente trabaja? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>           |  | ¿Cuál es su oficio, puesto o cargo? _____                        |                            |                            |
| Ingreso Mensual personal del mes anterior   | Ingreso mensual personal actual                                      | Ingreso mensual familiar actual                                  |                            |                            |
|   |  |  |                            |                            |
| En el ultimo año, recibió dinero por...   |  |  |                            |                            |
| Programa social <input type="checkbox"/>  | Ayuda de personas que viven dentro del país <input type="checkbox"/> | Le envían dinero de otro país (remesas) <input type="checkbox"/> |                            |                            |
| Jubilación o pensión <input type="checkbox"/>   | Otro <input type="checkbox"/>  |  |                            |                            |

### VI.- Seguridad alimentaria

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos,<br>¿Alguna de las personas de esta vivienda sólo comió una vez al día? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos,<br>¿Alguna de las personas de esta vivienda dejó de comer todo un día? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| En los últimos tres meses, por falta de dinero o recurso,<br>¿Alguna vez se quedaron sin comida?                                  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

## VII.- Condiciones de vivienda

|  |                              |  |             |  |                    |  |
|--|------------------------------|--|-------------|--|--------------------|--|
| C. Casa Independiente                    | P. Propia                    | 1. Tierra  | 3. Adobe    | 5. Mosaico   | 7. Lamina          | 9. Material de desecho<br>Lamina de Carbon   |
| V. Cuarto de vecindad                    | R. Rentada                   | 2. Cemento/Block   | 4. Ladrillo | 6. Madera  | 8. Bóveda/Vigueria | 10. Otro   |
| D. Departamento                          | M. Prestada                  | Pared o muros de esta vivienda   |             | Techo de la vivienda   |                    | Piso de la vivienda  |
| L. Local mercantil<br>o cuarto de azotea | I. Intestada<br>o en litigio | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 |             | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 |                    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 |
| La vivienda que habitas es..             | Esta Vivienda es..           | <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L  |             | <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I  |                    |  |

## VIII.- Equipamiento de la vivienda

| En su vivienda cuenta con los siguientes servicios:              | SI | NO |
|--|----|----|
| 1.- Teléfono fijo  |    |    |
| 2.- Teléfono móvil o celular                                     |    |    |
| 3.- Agua entubada fuera de la vivienda, pero adentro del terreno |    |    |
| 4.- Drenaje  |    |    |
| 5.- Luz Eléctrica  |    |    |
| 6.- Internet   |    |    |

| En su vivienda con los siguientes blancos | SI | NO |
|---|----|----|
| 1.- Estufa de gas / Electrica             |    |    |
| 2.- Reproductor de DVD                    |    |    |
| 3.- Automovil                             |    |    |
| 4.- Camioneta                             |    |    |
| 5.- Refrigerador                          |    |    |
| 6.- Lavadora                              |    |    |
| 7.- Television                            |    |    |
| 8.- Computadora                           |    |    |
| 9.- Horno de microondas / electrico       |    |    |

## IX. Redes de apoyo

| Considera que si necesitara...  | Facil | Difícil | No Aplica |
|---|-------|---------|-----------|
| Pedirle ayuda a alguien para que la(o) cuiden a usted en una enfermedad, ¿le sería? |       |         |           |
| Pedir ayuda para conseguir un trabajo, ¿le sería?                                   |       |         |           |
| Pedir ayuda para que cuiden a las (os) niñas (os) en este hogar, ¿le sería?         |       |         |           |
| Pedir ayuda para que lo acompañen al doctor, ¿le sería?                             |       |         |           |
| Pedirle a alguien dinero prestado, ¿le sería?                                       |       |         |           |

## X.- Uso del tiempo

| En el transcurso de una semana, ¿cuánto tiempo dedica usted a...   | Horas |
|--|-------|
| Trabajar? (incluye todo el tiempo dedicado a su trabajo extradoméstico)  |       |
| Estudiar y hacer actividades relacionadas con el estudio?  |       |
| (ir a la escuela, hacer tareas, asistir a lugares como museos como parte de las tareas escolares, etc)               |       |
| Cuidar, atender sin pago y de manera exclusiva a niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad? |       |
| Realizar el que hacer de su hogar? (lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, ropa, barrer, cuidar animales, etc)     |       |
| Cuanto tiempo le quedó para realizar actividades que a usted le gustan?  |       |

(hacer deportes, ir al cine, leer, salir con amigos, escuchar música, ver televisión, descansar, etc)

### XI.- Concentrado en apoyos gubernamentales

|   |                          |                          |    |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|
| ¿Recibe usted u otro integrante de su hogar apoyo de algún otro programa estatal? | Si                       | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántos?   | <input type="checkbox"/> |                          |    |                          |
| ¿Cuáles?  | <input type="checkbox"/> |                          |    |                          |
| 1.-   | _____                    |                          |    |                          |
| 2.-   | _____                    |                          |    |                          |
| 3.-   | _____                    |                          |    |                          |
| 4.-   | _____                    |                          |    |                          |

| En caso de existir personas que aporten al gasto familiar, especifique los siguiente datos: (ANEXAR COPIA DE NOMINA) |      |             |            |           |                  |                  |
|--|------|-------------|------------|-----------|------------------|------------------|
|  | Edad | Escolaridad | Parentesco | Ocupación | Lugar de trabajo | Ingresos mensual |
|  |      |             |            |           |                  |                  |
|  |      |             |            |           |                  |                  |
|  |      |             |            |           |                  |                  |
|  |      |             |            |           |                  |                  |
|  |      |             |            |           |                  |                  |

### Cuál es el ingreso mensual familiar (no considere impuestos):

|                         |       |                                     |         |
|-------------------------|-------|-------------------------------------|---------|
| Ingreso propio          | _____ | Ingreso del padre o tutor:          | _____   |
| Ingreso del cónyuge     | _____ | Ingreso de la madre:                | _____   |
| Ingreso de los hermanos | _____ | Otros ingresos:                     | _____   |
|                         |       | <b>TOTAL DE INGRESOS POR MES \$</b> | _____ - |

### Cuánto es el gasto mensual (comprobable) familiar en los siguientes conceptos:

**Nota: Los PAGOS descritos en los apartados 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 18 tendrán que venir acompañados de sus comprobantes con una antigüedad máxima de 2 meses, de lo contrario NO serán tomados en cuenta como GASTOS.**

|   |       |                                   |       |
|---|-------|-----------------------------------|-------|
| 1. Alimentos (carne, verduras, etc)               | _____ | 11 Renta y/o predial              | _____ |
| 2. Despensa: (latas, cereales, etc)               | _____ | 12. Luz                           | _____ |
| 3. Transporte: (T/público y/o Gasolina            | _____ | 13. Agua                          | _____ |
| 4. Pago de crédito de automóvil                   | _____ | 14. Teléfono                      | _____ |
| 5. Pagos de tarjetas de crédito ó departamentales | _____ | 15. Gas (cilindro ó estacionario) | _____ |
| 6. Pago de Hipoteca (anexo ultimo pago)           | _____ | 16. Cable                         | _____ |

7.Gastos médicos (si se asiste a Consulta particular)

17. Internet

8.Colegiatura del solicitante: (si ya está estudiando en la escuela donde solicita la beca)

18. Teléfono celular (Plan Mensual)

10. Colegiatura de otros miembros de la familia (anexar último pago Mensual)

**TOTAL DE GASTOS POR MES**      \$      -

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** manifiesto que la información proporcionada es verídica, que cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria. Autorizo al personal de la Dirección de becas para que pueda verificar los datos asentados en esta solicitud, y en caso de encontrar falsedad en los mismos, a que la beca se cancele aun cuando ésta ya se haya otorgado.

**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD** manifiesto que la información proporcionada es verídica, que cumpla con los requisitos establecidos en la convocatoria. Autorizo al personal de la Dirección de becas para que pueda verificar los datos asentados en esta solicitud, y en caso de encontrar falsedad en los mismos, a que la beca se cancele aun cuando ésta ya se haya otorgado.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE



