**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO**

**DATOS PERSONALES**

|  |
| --- |
| Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) |
| Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de control: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico (e-mail):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DOMICILIO DE PROCEDENCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Calle | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Número exterior | | Número interior | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Colonia | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Estado | Municipio | | Código Postal |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO CIVIL** | **TIENES ALGUNA DISCAPACIDAD PARA:** | | **ZONA DE RESIDENCIA DE LA FAMILIA** | **ORIGEN INDÍGENA** |
| ( ) Soltero  ( ) Casado  ( ) Viudo  ( ) Unión Libre  ( ) Divorciado | ( ) Ninguna  ( ) Oír  ( ) Hablar  ( ) Ver | ( ) Moverse o caminar  ( ) Usar los brazos o manos  ( ) Mental | ( ) Rural  ( ) Urbano  ( ) Urbano Marginado | ( ) SÍ  ESPECIFICAR ETNIA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) NO |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) | |
| Vive: ( )Sí ( )No | Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de la madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) | |
| Vive: ( )Sí ( )No | Ocupación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PATERNIDAD** | | |
| Tienes hijos: ( )Sí ( )No | Cuantos:\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dependen económicamente de ti: ( )Sí ( )No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS SOCIOECONÓMICOS** | | | | |
| ¿CON QUIÉN VIVES ACTUALMENTE? | | | | |
| ( ) Padre y Madre ( ) Hermanos ( ) Amigo o amigos  ( ) Otro | ( ) Padre  ( ) Cónyuge o pareja ( ) Sólo | | | ( ) Madre  ( ) Otro Familiar  ( ) Hijos |
| Cuentas con beca: ( )Sí ( )No | ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Has contado con algún apoyo institucional en semestres anteriores: ( )Sí ( )No | | | | |
| ¿Cuál? ( ) Prórroga ( ) Condonación | | |  | |
| En caso de prórroga, ¿has cumplido con el pago en el tiempo convenido? ( )Sí ( )No | | | | |
| ¿Dependes económicamente de alguien? ( )Sí ( )No | |  | | |
| Parentesco con la persona de quien dependes económicamente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Ingresos mensuales aproximados de la persona de quien dependes económicamente: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿CON QUÉ SERVICIOS CUENTA LA CASA DE TU FAMILIA?** | **INDICA EL SERVICIO MÉDICO QUE TIENE TU FAMILIA** |
| ( ) Energía eléctrica  ( ) Agua Potable  ( ) Drenaje  ( ) Teléfono  ( ) TV por cable  ( ) Internet | ( ) Ninguno  ( ) IMSS  ( ) ISSSTE  ( ) ISSSTEP  ( ) Seguro Popular  ( ) Particular  ( ) PEMEX  ( ) SEDENA  ( ) Otro |
| **¿CUÁNTAS PERSONAS INCLUYÉNDOTE A TI Y A TU PRINCIPAL SUSTENTO, DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE SU PRINCIPAL APOYO?** | **LA CASA DÓNDE VIVE TU FAMILIA ES:** |
| ( ) Uno  ( ) Dos  ( ) Tres  ( ) Cuatro  ( ) Más de cuatro | ( ) Propia  ( ) Rentada  ( ) Prestada  ( ) Se está pagando  ( ) Otra |

|  |
| --- |
| **EXPONGA LOS MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS QUE SOLICITA EL APOYO:** |
|  |

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA, POR LO QUE FACULTO AL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUAUCHINANGO, PARA REALIZAR EN EL MOMENTO QUE ASÍ SE REQUIERA LA VERIFICACIÓN FÍSICA DE MI SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.

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

Nombre y Firma

**Los datos personales recabados estarán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su Reglamento, los Lineamientos de Protección de Datos Personales publicados en el D.O.F. el 30 de septiembre de 2005 y demás normativa aplicable.**