

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO  
Nuevo Ingreso 2024

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_.

Marca con una ( X ) las respuestas.

TIPO DE BECA A SOLICITAR:    ( ) ALIMENTICIA    ( ) GRUPOS VULNERABLES

1. Matrícula: \_\_\_\_\_

2. Nombre completo: Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

\_\_\_\_\_

3. Programa Educativo (carrera): \_\_\_\_\_

Cuatrimestre: \_\_\_\_\_

Promedio general: \_\_\_\_\_

4. Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil:    Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( )

5. Número de hijos ( ) Edad de cada uno: \_\_\_\_\_

6. Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

7. Teléfono(1): \_\_\_\_\_ Correo electrónico(1): \_\_\_\_\_

Teléfono(2): \_\_\_\_\_ Correo electrónico(2): \_\_\_\_\_

8. Actualmente vives: A) Con padres ( )    B) Con algún familiar ( )    C) Solo(a) ( )

D) Con amigos ( )    E) Con pareja o cónyuge ( )

9. Cuadro Familiar (incluyéndote): \*Ingreso promedio mensual

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACIÓN	EDAD	ESCOLARIDAD	INGRESO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Nuevo Ingreso 2024

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESCOLARES

**10. La casa donde vives es:** A) Propia ( ) B) Rentada ( ) C) Prestada ( )

**Servicios:** Luz ( ) Agua ( ) Teléfono ( ) Internet ( ) TV de paga ( )

**Material de la casa:** Paredes y techo de concreto ( ) Paredes concreto y techo de lámina/asbesto ( )

Paredes de madera o adobe y techo de lámina ( ) Otros materiales ( ) (especifique) \_\_\_\_\_

**Piso:** tierra ( ) Cemento ( ) Vitropiso ( )

**Número de dormitorios:** 5 o más ( ) 3-4 ( ) 1-2 ( )

**Número de personas por dormitorio:** 1-2 ( ) 3 ( ) 4 o más ( )

**Número de focos en la vivienda:** 1 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) más de 10 ( )

**11. ¿Cuenta con automóvil propio? No ( ) Si ( ) Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_**

**¿Cuántos camiones toma para trasladarse al día? \_\_\_\_\_ ¿Qué rutas? \_\_\_\_\_**

**12. ¿Actualmente cuentas con alguna otra beca o apoyo económico? (Institución, Monto y Periodicidad): \_\_\_\_\_**

**13. ¿Tú o tu familia están inscritos a algún(os) programa(s) sociales de nivel municipal, estatal y/o federal?**

Si ( ) No ( )

Especifica:

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formato es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe la veracidad de esta información.

**\*Llenar todos los campos, no se evaluarán solicitudes incompletas.**

**\*\*\*\*\*Entregar esta solicitud en SERVICIOS MÉDICOS\*\*\*\*\***

<b>Servicios médicos:</b>

**Beca:**

**Aceptada**

**Rechazada**