



TRABAJEMOS  
**DIFERENTE**

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

### ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

#### 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: \_\_\_\_\_

#### 2.- DATOS DEL SOLICITANTE

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: \_\_\_\_\_



# TRABAJEMOS DIFERENTE

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

Marque la casilla de acuerdo al grupo vulnerable que se identifica:

Pobreza Extrema		Mujer embarazada o lactando	
Adulto Mayor		Persona con discapacidad	
Madre soltera		¿La familia pertenece a un grupo indígena?	
Otro (especifique):			

## 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 Tub							
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, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE SU APLICACIÓN