



CONCEJO MUNICIPAL  
FUNDACIONAL DE  
SAN FELIPE B.C.

### ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Declara el solicitante bajo protesta decir la verdad, apercibido de las sanciones en que incurren los que declaran bajo falsedad, de conformidad con el artículo 320 del Código Penal para el Estado de Baja California, los siguiente:

FECHA: \_\_\_\_\_

#### 1.- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curp: \_\_\_\_\_  
*Apellido paterno, materno, nombre (s)*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar y origen: \_\_\_\_\_  
*Día/Mes/Año*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Grado de estudios cursados: \_\_\_\_\_

#### 2.- DATOS DE IDENTIFICACION DOMICILIARIA

Domicilio: \_\_\_\_\_

*Calle o Avenida* \_\_\_\_\_ *Numero* \_\_\_\_\_ *Asentamiento* \_\_\_\_\_

*C.P* \_\_\_\_\_ *Municipio/Delegación* \_\_\_\_\_ *Estado* \_\_\_\_\_

Calles colindantes con el domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Celular* \_\_\_\_\_ *Casa* \_\_\_\_\_ *Trabajo* \_\_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_

#### 3.- INGRESOS Y EGRESOS DE LA FAMILIA

##### INGRESO MENSUAL

Nombre Jefe de Familia: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre otro: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre otro: \_\_\_\_\_ Ingreso: \_\_\_\_\_

TOTAL: \$ \_\_\_\_\_

##### EGRESO MENSUAL

Luz: \_\_\_\_\_ Agua: \_\_\_\_\_ Alimentación: \_\_\_\_\_ Renta: \_\_\_\_\_ Gas: \_\_\_\_\_

Transporte: \_\_\_\_\_ Gastos escolares: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ TOTAL: \$ \_\_\_\_\_

¿Usted recibe o ha recibido otros apoyos oficiales u otros órdenes de gobierno?

Dependencia: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### 4.- DEPENDIENTES ECONOMICOS/MIEMBROS DE LA FAMILIA

| Nombre | Parentesco | Edad | Genero | Estado Civil | Ocupación/Escolaridad |
|--------|------------|------|--------|--------------|-----------------------|
|        |            |      |        |              |                       |
|        |            |      |        |              |                       |
|        |            |      |        |              |                       |
|        |            |      |        |              |                       |
|        |            |      |        |              |                       |
|        |            |      |        |              |                       |

#### 5.- VIVIENDA

¿Dónde habita actualmente es?

Propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Prestada: \_\_\_\_\_ Invasada: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_



CONCEJO MUNICIPAL  
FUNDACIONAL DE  
SAN FELIPE B.C.

### ESTUDIO SOCIOECONOMICO

#### Tipo de vivienda

Casa: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Vecindad: \_\_\_\_\_ Trailla: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
No. De dormitorios: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Comedor: \_\_\_\_\_ Cocina: \_\_\_\_\_ Baños: \_\_\_\_\_ Letrina: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

#### Material de construcción de la vivienda

Paredes: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_ Pisos: \_\_\_\_\_

#### Servicios con los que cuenta la vivienda

Luz: \_\_\_\_\_ Agua: \_\_\_\_\_ Drenaje: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Sistema de cable: \_\_\_\_\_ Internet: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas habitan en la vivienda? \_\_\_\_\_

¿Cuántas Familias habitan en la vivienda? \_\_\_\_\_

¿Algún habitante tiene alguna discapacidad? \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

#### 6.- SALUD

##### Servicios médicos con los que cuenta la familia

IMSS \_\_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_\_ ISSSTECALI \_\_\_\_\_ INSABI \_\_\_\_\_ Centro de Salud \_\_\_\_\_ Dispensario \_\_\_\_\_  
Médico Privado \_\_\_\_\_ Seguro de gastos médicos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

#### ¿Cuántas veces a la semana consume los siguientes alimentos?

Carne \_\_\_\_\_ Pollo \_\_\_\_\_ Leche \_\_\_\_\_ Huevo \_\_\_\_\_ Verduras \_\_\_\_\_ Frutas \_\_\_\_\_ Frijoles \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del ejecutor

#### Finalidad del estudio por departamento

|                          |                           |                    |
|--------------------------|---------------------------|--------------------|
| <b>Asistencia social</b> | <b>Estímulo Económico</b> | <b>Otro:</b> _____ |
| Despensa _____           | - Adulto Mayor _____      |                    |
| Apoyo Social _____       | - Discapacidad _____      |                    |
| Donativo _____           | - Primaria _____          |                    |
| - Adulto Mayor _____     | - Secundaria _____        |                    |
| - Discapacidad _____     | - Preparatoria _____      |                    |
| - Primaria _____         | - Universidad _____       |                    |
| - Secundaria _____       | - Vulnerable _____        |                    |
| - Preparatoria _____     |                           |                    |
| - Universidad _____      |                           |                    |
| - Vulnerable _____       |                           |                    |

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del trabajador social

\_\_\_\_\_  
Sector o Delegación de responsabilidad



