

[ANEXO 1] Cédula de Integración.

Por medio del presente yo _____ me permito solicitar su intervención para la entrega del apoyo de: _____, necesario por las condiciones económicas, médicas, laborales y/o personales en las que me encuentro actualmente, firmando de conformidad al pie de este documento.

Folio

Fecha

DD/MM/AAAA

I. COMPROBANTES PRESENTADOS:

Identificación

Comprobante domicilio

CURP

Otro

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre (s)

A. Paterno

A. Materno

Edad.

Lugar de nacimiento

Fecha de nacimiento

CURP

Estado Civil:

Soltera(o)

Casada(o)

Viuda(o)

Divorciada (o)

Unión libre

Separada(o)

Grupo Étnico

Ocupación:

Estudiante

Hogar

Obrero

Profesionista

Agricultor

Jornalero

Especifique

Eventual

Desempleado

Otro

Correo Electronico:

DOMICILIO

Calle y No.

Colonia

Municipio

Localidad

C.P.

Télefono

Jefa (e) de familia:

SI

NO

Entre calle

Y calle.

Servicios en el hogar.

Energía eléctrica

Agua potable

Drenaje

Celular

Microondas

Gas

Lavadora

Secadora

Televisión

DVD

Computadora

Internet

Refrigerador

Radio

Su casa es:

Propia

Rentada

Prestada

Características de la casa:

1 planta

2 plantas

Sala

Comedor

cocina

patio

No. Automoviles

No. Recamaras

No. Baños

El piso es:

El techo es:

Tierra

Concreto

Cemento

Lámina

Ceramica

Carton

Paredes:

Block

Ladrillo

Mat. De

Adobe

Madera

desecho

III. INTEGRANTES DEL HOGAR:

Nombre completo

Sexo

Fecha Nacimiento

Edad

Parentesco

Escolaridad

Estudiante

Discapacidad/ enf crónica

IV. GASTO MENSUAL							
Alimentación	Educación	Renta	Luz	Agua	Transporte	Combustible	Otro:

Nombre completo	Parentesco	Ocupación	Ingreso Mensual

Total de ingresos mensuales	
Total de egresos mensuales	

V. SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE.							
Escuela	Centro de Salud	Drenaje	Pavimento	Alumbrado público	Télefono	Transporte	Internet

VI. SALUD						
Servicio médico:						
IMSS	ISSSTE	INSABI	PARTICULAR	PEMEX	NINGUNO	

VII. APOYOS ADICIONALES.			
SI	NO	¿Cuál?	

VIII. SOLICITUD PARA:						
Personal	Padre	Madre	Hijo	Hermano	Otro:	

IX. DIAGNÓSTICO SOCIAL.	

X. SE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON:			
	Oficina	Visita domiciliaria	Información colateral

NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN REALIZÓ LA ENCUESTA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Declaro bajo protesta de decir verdad, y ratifico que toda la información proporcionada es verídica, manifiesto tener conocimiento de las sanciones aplicables en caso contrario.

*Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

FOLIO:	
--------	--

*Con este folio podrá consultar los resultados oficiales de la convocatoria en la que se encuentra participando, según las fechas que la unidad operativa le indique.

*En caso de dudas o aclaraciones comunicarse al (614) 429 33 00 ext. 12668, 12664, 12089, 12670 y 12688