

AYUNTAMIENTO DE CUAUTITLÁN

PROGRAMA SOCIAL MUNICIPAL
"DESPENSA HUMANISTA 2025"

FECHA: DÍA MES AÑO

FOLIO:

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD			
NÚMERO DE TEL. CELULAR			NÚMERO DE TELÉFONO FIJO			
CALLE:		MZ	LT	INT	EXT	COLONIA
MUNICIPIO:		C.P.		AÑOS DE RESIDENCIA		

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN APLICA Y RECIBE DOCUMENTACIÓN

Aviso de Privacidad: Ayuntamiento de Cuautitlán, México, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 29,30,31 y demás relativos de la Ley de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipio; para efectos hace de su conocimiento que los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema y/o Base de Datos Personales para la Coordinación de Bienestar del Municipio de Cuautitlán, México.

Entiendo y acepto que la entrega de mis documentos no garantiza el otorgamiento del apoyo y que mi participación en esta convocatoria es voluntaria y significa la aceptación de todas las bases.



AYUNTAMIENTO DE CUAUTITLÁN
 PROGRAMA SOCIAL MUNICIPAL "DESPENSA HUMANISTA 2025"
 ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.

FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

¿PERTENECE A UN GRUPO INDÍGENA? SI () NO ()		¿HABLA UNA LENGUA INDÍGENA? SI () NO () CUÁL _____			
TIPO DE VIVIENDA:	CASA () DEPARTAMENTO () CUARTO () OTRO: _____	SU VIVIENDA ES:	PROPIA () RENTADA () OTRO: _____		
CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:	1 PLANTA () 2 PLANTAS ()	NO. DE CUARTOS () NO. DE CAMAS ()			
EL PISO ES DE:	TIERRA () CONCRETO () LOSETA () OTRO: _____	EL TECHO ES DE:	LOZA DE CONCRETO () LÁMINA DE CARTÓN () LÁMINA METÁLICA () LÁMINA DE ASBESTO ()		
CUENTA CON:	CELULAR () INTERNET () ESTUFA ()	HORNO DE MICROONDAS () REFRIGERADOR () TELEVISIÓN ()	COMPUTADORA () AGUA () ENERGÍA ELÉCTRICA () GAS () DRENAJE ()		
ESTRUCTURA FAMILIAR:	NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DEPENDIENTE SI/NO	
	1-				
	2-				
	3-				
	4-				
	5-				
	6-				
7-					
ESTADO CIVIL:	SOLTERA (O) () CASADA (O) () UNIÓN LIBRE () VIUDA (O) () OTRO: _____	ESCOLARIDAD:	PRIMARIA () SECUNDARIA () BACHILLERATO () UNIVERSIDAD () NINGUNO ()	Ocupación:	ESTUDIANTE () HOGAR () EMPLEADO () OTRO: _____
SALUD					
PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD:	SI () NO () CUÁL _____	PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD	SI () NO () CUÁL _____		
CUENTA CON SERVICIO MEDICO:	IMSS () ISSSTE () ISSEMYM () NINGUNO () OTRO _____	RECIBE ALGÚN APOYO FEDERAL, ESTATAL O MUNICIPAL	SI () NO () CUÁL _____		
INGRESO Y EGRESO					
TRABAJA ACTUALMENTE _____	INGRESO MENSUAL _____	EGRESO MENSUAL _____			
GASTOS	PAGO \$				
ALIMENTACION					
SERVICIOS					
EDUCACIÓN					
OTROS:					
GRADO DE VULNERABILIDAD:	ALTO ()	MEDIO ()	BAJO ()		

 NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

 NOMBRE Y NÚMERO DE CEDULA DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL FIRMA

