



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha: ___/___/___

DATOS DEL BENEFICIARIO		
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno
Escolaridad:	Ocupación:	Estado Civil:
Fecha de nacimiento:	Servicio Médico	Teléfonos:
Domicilio:	Colonia:	
Municipio:		

Familiar Responsable del beneficiario:	Teléfonos:
Parentesco con el beneficiario:	

Ingreso Mensual:		
Egreso Mensual:		
Alimentación:	Vivienda:	Servicios:
Escolaridad:	Transporte:	Otros:

Miembros que integran la familia:	Miembros con discapacidad en la familia:
-----------------------------------	--

VIVIENDA

Propia	Rentada	Prestada	Compartida
--------	---------	----------	------------

Material de Construcción:	No. de Habitaciones:
---------------------------	----------------------

SERVICIOS (señale con los que cuente la vivienda)

Agua	Luz	Teléfono	Pavimento	Drenaje	Transporte
------	-----	----------	-----------	---------	------------

Observaciones:

Entrevistó: _____

Nota: Llenar todos los espacios que comprende este formato.