



ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA  
DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL FILANTROPÍA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO  
DEPARTAMENTO DE APOYO A INSTITUCIONES Y PERSONAS FÍSICAS

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PERSONAS FÍSICAS

BENEFICIARIO

F  
O  
T  
O

1. - DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:

(APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S) )

DOMICILIO:

(CALLE

NÚMERO

COLONIA )

(DELEGACION O MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

(AÑO MES DIA)

(LUGAR)

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ CANALIZADO POR \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESO \$ \_\_\_\_\_

AYUDA EN ESPECIE

¿COMO OBTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA P.B.P? \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO ANTERIORMENTE SUBSIDIO DE P.B.P.? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ TIPO DE SUBSIDIO \_\_\_\_\_

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

DICTAMEN MÉDICO ( )

CARTA DE SOLICITUD ( )

IDENTIFICACIÓN ( )

OFICIO DE CANALIZACION ( )

OTROS ( )

**2. - DATOS DEL SOLICITANTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_ **SOLICITANTE**

(APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S))

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

(CALLE NÚMERO COLONIA)

(DELEGACIÓN O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CÓDIGO POSTAL TELÉFONO)

F  
O  
T  
O

**3. - CONSTITUCION FAMILIAR** (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESOS \$

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS \_\_\_\_\_ TOTAL INGRESO MENSUAL FAMILIAR \$ \_\_\_\_\_

**4. – SITUACIÓN ECONÓMICA**

**GASTO MENSUAL FAMILIAR**

ALIMENTACIÓN	\$ _____	SALUD	\$ _____	VIVIENDA (MANTENIMIENTO)	\$ _____
EDUCACIÓN	\$ _____	SERVICIOS PÚBLICOS	\$ _____	OTROS ( _____ )	\$ _____
TRANSPORTE	\$ _____	VIVIENDA (RENTA)	\$ _____		

**TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR: \$ \_\_\_\_\_**

**5. – ALIMENTACIÓN (QUE REGULARMENTE CONSUME LA FAMILIA)**

DESAYUNO \_\_\_\_\_

COMIDA \_\_\_\_\_

CENA \_\_\_\_\_

**6. – VIVIENDA**

ZONA \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS: LUZ ( ) AGUA ( ) PAVIMENTO ( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( ) TRANSPORTE ( )

TIPO DE VIVIENDA \_\_\_\_\_ REGIMEN DE PROPIEDAD \_\_\_\_\_

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ ( ) AGUA ( ) GAS ( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( ) OTROS ( ) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ESPACIOS: \_\_\_\_\_ SALA ( ) COMEDOR ( ) RECAMARA ( ) COCINA ( ) BAÑO \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

**7. - SALUD DEL BENEFICIARIO**

PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

RECIBE ATENCION MEDICA: SI ( ) NO ( ) DONDE : \_\_\_\_\_

**8. - EVALUACIÓN GENERAL**

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA CANALIZADORA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN**

( AÑO      MES      DÍA )      ( LUGAR )

**EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO**

---

**FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL**

---