



Estado civil: (Marque con una X)

- Soltero(a) _____
- Casado(a) _____
- Divorciado(a) _____
- Viuda(o) _____
- Unión Libre _____

Es usted el Jefe de familia:

Sí

NO

Ocupación: (Marque con una X)

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| *Hogar _____ | *Estudiante _____ |
| *Comerciante _____ | *Obrero _____ |
| *Profesiones varias _____ | *Diversos _____ |
| *Desempleado _____ | *Campo _____ |
| *Jubilado/Pensionado _____ | *Oficios varios _____ |
| *Empleado _____ | |

Ingreso mensual: (Marque con una X)

- | | |
|----------------------------------|--|
| *Ninguno _____ | *3 veces el salario mínimo _____ |
| *Menos del salario mínimo _____ | *4 veces el salario mínimo _____ |
| *1 vez el salario mínimo _____ | *5 veces el salario mínimo o más _____ |
| *2 veces el salario mínimo _____ | |

Integrantes de familia: _____

Dependientes económicos: _____

La vivienda donde habita es: (Marque con una X)

- Propia _____
- Rentada _____
- Prestada _____

Número habitantes en la vivienda: _____

La vivienda cuenta con: (Marque con una X)

- | | |
|----------------|--------------------|
| Agua _____ | Drenaje _____ |
| Gas _____ | Teléfono _____ |
| Internet _____ | Electricidad _____ |



Nivel de estudios: (Marque con una X)

- | | | | |
|---------------|-----|------------------|-----|
| *Ninguno | ___ | *Carrera técnica | ___ |
| *Primaria | ___ | *Licenciatura | ___ |
| *Secundaria | ___ | *Posgrado | ___ |
| *Preparatoria | ___ | | |

Tipo de seguridad social: (Marque con una X)

- | | | | |
|----------|-----|-----------------|-----|
| *Ninguno | ___ | *Seguro Popular | ___ |
| *IMSS | ___ | *PEMEX | ___ |
| *ISSSTE | ___ | *Otro | ___ |

Discapacidad: (Marque con una X)

- | | | | |
|------------------------------------|-----|--|-----|
| *Ninguna | ___ | *Dificultad para hablar o comunicarse | ___ |
| *Dificultad para caminar o moverse | ___ | *Limitación mental | ___ |
| *Dificultad para ver | ___ | *Dificultad para atender el cuidado personal | ___ |
| *Dificultad para oír | ___ | *Dificultad para aprender | ___ |

Grupo vulnerable: (Marque con una X)

- | | | | |
|-------------------|-----|---|-----|
| *Ninguno | ___ | *Mujeres en situación de maltrato o violencia | ___ |
| *Madres solteras | ___ | *Menores de edad en situación de riesgo | ___ |
| *Jefas de familia | ___ | *Personas con discapacidad | ___ |

Beneficiario colectivo: Sí ___ No ___