

TRABAJO SOCIAL  
L.A. VALERIA TORRES SALINAS  
(DATOS DEL USUARIO)

NOMBRE DEL USUARIO <hr/> EDAD _____ AÑOS	DOMICILIO <hr/>	CASADO/A ( ) CONCUBINATO ( ) SOLTERO/A ( ) VIUDO/A ( ) DIVORCIO ( )	OCUPACIÓN <hr/>
NOMBRE DE LOS HIJOS 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ EDADES _____ AÑOS	MOTIVO DE VISITA <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	TIPO DE AYUDA RECIBIDA  VISITA DOMICILIARIA ( ) APOYO TRASLADO ( ) ASESORIA ( )	CANALIZAR A  PSICOLOGÍA ( ) ASESOR JURIDICO ( ) COORDINADOR DE SALUD ( )

EXPLICACIÓN BREVE DE LOS HECHOS

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS HECHOS SON CIERTOS

FECHA \_\_\_\_\_

ATTENTAMENTE

\_\_\_\_\_

FIRMA DE CONFORMIDAD

# SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

## ESTUDIO SOCIECONOMICO



### 1. Comprobante oficial marca y anexa

FECHA DE SOLICITUD	DIA	MES	AÑO

Credencial de Elector	Acta de nacimiento	Recibo			Factura electrónica	Otro
		Luz	Agua	Teléfono	Folio fiscal:	

### 2. Datos del solicitante

Nombre	Apellido Paterno	Apellido materno
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad
CURP:	¿Pertenece a un grupo indígena? Si ( ) No ( )	¿Cuál? -----

### 3. Domicilio

Calle	N° Exterior:
Colonia	Código postal
Localidad o municipio	
Teléfono	Es cabeza de familia: Si ( ) No ( )

### 4. Integrantes de hogar e ingresos económicos

Nombre completo	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Escolaridad	Servicio medico	Ocupación	Ingreso mensual	Relación

Observación referente a los integrantes:

### 5. Gastos mensuales

Alimentación:	Educación:	Transporte:	Combustible
Renta:	Luz:	Agua:	Otro:

Total de ingresos mensuales	
Total de gastos mensuales	

**6. Datos complementarios**

Escolaridad:	Estado civil:	Sufre discapacidad	Su casa es
Primaria ( )	Soltero ( )	Visual ( )	Propia pagada y escrituras ( )
Secundaria ( )	Casado ( )	Lenguaje ( )	Propia, pagada y sin escrituras ( )
Bachillerato ( )	Viudo ( )	Auditiva ( )	Propia la están pagando ( )
Técnico ( )	Divorciado ( )	Motriz ( )	Renta o alquilada ( )
Universidad ( )	Unión libre ( )	Física ( )	Prestada ( )
Posgrado ( )	Separado ( )	Intelectual ( )	Vive con familiar ( )
Otros ( )	Características de la casa	Ambas ( )	Cuenta con los siguientes servicio
Ninguno ( )		Ninguna ( )	
Ocupación	1 planta ( )	El piso es	Energía eléctrica ( ) Drenaje ( )
Estudiante ( )	2 planta ( )	Tierra ( )	Agua potable ( ) Lavadora ( ) DVD ( )
Hogar ( )	Sala ( )	Cemento ( )	Refrigerador ( ) T.V. ( ) Laptop ( )
Empleado ( )	Comedor ( )	Vitropiso ( )	Teléfono( ) Estufa ( ) Radio ( ) Estéreo ( )
Obrero ( )	Cocina ( )	Automóvil	( ) Computadora( ) Internet ( ) Horno de microondas( )
Profesionista ( )	Patio ( )	Propio ( )	Tipo de combustible
Agricultor ( )	Cochera ( )	Prestado ( )	Gas ( ) Leña ( ) Carbón ( )
Ganadero ( )	Baño ( )	No tiene ( )	El techo es
Jornalero ( )	No. Recamaras ( )		Ladrillo ( ) Concreto ( ) Lamina ( )
Eventual ( )			Cartón ( )

**7. Servicios que hay en la comunidad o municipio donde vive**

Escuela	Centro de salud	Pavimento	Alumbrado público	Transporte público	Internet
---------	-----------------	-----------	-------------------	--------------------	----------

**8. Salud**

CUENTA CON SERVICIO DE	( ) IMSS ( ) ISSTE ( ) INSABI ( ) PARTICULAR ( ) PEMEX
QUE ENFERMEDADES EXISTEN EN LA FAMILIA	Cáncer ( ) Hipertensión ( ) Cardiacos ( ) Alergias ( ) Diabetes ( ) Quemaduras ( ) Presión Baja ( ) Estrabismo ( ) Paladar Hendido ( ) Alzheimer ( ) Epilepsia ( ) Discapacidad ( ) Renales ( ) Cardiopatías ( ) Ninguna ( ) Otras ( )

**9. Recibe algún apoyo de gobierno estatal, municipal SI ( ) NO ( )**

Prospera ( ) 65 Y Mas ( ) DIF Estatal ( ) Gestión Social Gobierno Del Estado ( ) Sembrando Vida ( )
Otro: _____ Monto: _____

**10. Apoyo solicitado**

Así mismo ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hijo ( ) Hermano ( ) otro ¿Quién?
<b>11. Diagnostico social</b>

**12. Se verifico la información con vista** Oficina ( ) Visita domiciliaria ( )

**Autoriza**

\_\_\_\_\_  
Firma sello de trabajo social

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE RAYON S.L.P.



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

Rayón, S.L.P. a \_\_\_  
de \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_

No. De Expediente  
\_\_\_\_\_

OBJETIVO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Clasificación del  
asunto  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACUERDOS Y COMPROMISOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabajadora social  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abogado  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psicóloga  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
L.A. VALERIA TORRES SALINAS  
RESPONSABLE DEL DEPARTAMENTO DE  
TRABAJO SOCIAL S.M. DIF

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL  
ENTREVISTADO

\_\_\_\_\_  
LIC. VICENTE ALBERTO GARCIA GARCIA  
ASESOR JURIDICO DEL S.M. DIF RAYON  
S.L.P.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ENTERADA:  
C. ALMA LILIA GUTIERREZ DUEÑEZ  
PRESIDENTA DEL SMDIF DE RAYON  
S.L.P.