



FOTO

**COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN EDUCATIVA
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN EDUCATIVA
DIRECCION DE BECAS**

FOLIO:

I.- Datos Generales del Solicitante

Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Calle o Avenida: _____
No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____
Entre las calles: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ C.P. _____
Lugar de nacimiento: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Fecha de Nacimiento [____/____/____]
Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico de contacto _____

N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria	B. Bachillerato T. Técnica U. Superior	H. Hogar D. Desempleado J. Jornalero/albañil N. Ninguna	M. Empleado/obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	S. Soltera (o) C. Casada (o) D. Divorciada (o)	V. Viuda (o) U. Unión libre X. Separada (o)	M. Mujer	H. Hombre
Escolaridad		Ocupación		Estado Civil		Género	
(N) (P) (S)	(B) (T) (U) <input type="checkbox"/>	(H) (D) (J) (N) (M) (C) (U) (O)		(S) (C) (D) (V) (U) (X)		(M)	(H)

II.- Acreditación de identidad

Ciudadano mexicano Sí _____ No _____ Otro (especifique): _____

*CURP (obligatorio)															
IFE															
Pasaporte															
Credencial INAPAM															
Credencial INSEN															
Credencial DIF															

¿Es indígena?

Sí	No
----	----

Comunidad de origen: _____

¿Habla alguna lengua o dialecto indígena?

Sí	No
----	----

¿Qué dialecto o lengua indígena habla? _____

III.- Estructura Familiar

(Datos de los miembros de la familia que viven y duermen en la misma vivienda que el solicitante)

¿Cuántas personas en total viven y duermen en su vivienda?

	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Género	Edad (Años)
1				(M) (H)	
2				(M) (H)	
3				(M) (H)	
4				(M) (H)	
5				(M) (H)	
6				(M) (H)	
7				(M) (H)	
8				(M) (H)	

J. Jefe (a) de familia E. Esposa (o)	H. Hija(o) O. Otro parentesco	H. Hogar S. Estudiante D. Desempleado J. Jornalero / albañil	E. Empleado / obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria	B. Bachillerato T. Técnica S. Superior	C. Completa I. Incompleta
Parentesco		Ocupación		Escolaridad		
1	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
2	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
3	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
4	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
5	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
6	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
7	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)
8	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)		(N) (P) (S) (B) (T) (S)		(C) (I)



IV.- Salud

Discapacidad		Motivo, Acreditación e Instancia Oficial que otorga credencial sólo para Programa Jalisco Incluyente			
Tiene algún tipo de discapacidad	S. Sensorial M. Motriz	I. Intelectual E. Mental	Motivo de la discapacidad:	Cuenta con una acreditación por una instancia oficial de la discapacidad que presenta:	Instancia oficial que otorga la credencial:
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de discapacidad (S) (M) (I) (E)		Porque nació así <input type="checkbox"/> Por una enfermedad <input type="checkbox"/> Por un accidente <input type="checkbox"/> Por edad avanzada <input type="checkbox"/> Por otra causa. (Especifique) <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo:	DIF Estatal <input type="checkbox"/> DIF Nacional <input type="checkbox"/> COEDIS <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> CONADIS <input type="checkbox"/> Otro:

Actualmente, ¿a qué institución está afiliada(o) o inscrito para recibir servicios de salud?
IMSS..... <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> PEMEX, Defensa o Marina..... <input type="checkbox"/> Seguro privado..... <input type="checkbox"/> ISSSTE..... <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál?..... <input type="checkbox"/> Ninguno..... <input type="checkbox"/>

Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?:
Centros de salud y hospitales (Secretaría de Salud)..... <input type="checkbox"/> Hospital o Instituto (Secretaría de Salud)..... <input type="checkbox"/> Seguro Social o IMSS..... <input type="checkbox"/> IMSS-Oportunidades..... <input type="checkbox"/> ISSSTE..... <input type="checkbox"/> Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF) <input type="checkbox"/> Consultorios y hospitales privados..... <input type="checkbox"/> Consultorio de farmacias, ¿cuál(es)?..... <input type="checkbox"/> Curandero, hierbero, comadrona..... <input type="checkbox"/> Se automedica..... <input type="checkbox"/> Cruz Verde/Cruz Roja..... <input type="checkbox"/>

V.- Ingresos / Gastos

¿Actualmente trabaja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál es su oficio, puesto o cargo? _____
¿Cuánto es su ingreso mensual personal?	¿Cuánto es su ingreso mensual familiar?
\$	\$
En el último año, recibió dinero por...	
Programa social <input type="checkbox"/> Apoyo de un familiar <input type="checkbox"/> Apoyo de otra persona no integrante del hogar <input type="checkbox"/> Le envían dinero de otro país (remesas) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

VI.- Seguridad alimentaria

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar dejaron de desayunar, comer o cenar?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar comió menos de lo que debía?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VII.- Condiciones de vivienda

C. Casa Independiente V. Cuarto de vedndad D. Departamento L. Local mercantil o cuarto de azotea	P. Propia R. Rentada M. Prestada I. Intestada o en litigio	1. Tierra 4. Ladrillo 7. Lámina 2. Cemento/ Block 5. Mosaico 8. Bóveda / Viguera 3. Adobe 6. Madera 9. Otro						
La vivienda que habita es..	Esta vivienda es...	La vivienda está construida de...						
(C) (V) (D) (L)	(P) (R) (M) (I)	<table border="1"> <tr> <th>Pared</th> <th>Techo</th> <th>Piso</th> </tr> <tr> <td>(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)</td> <td>(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)</td> <td>(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)</td> </tr> </table>	Pared	Techo	Piso	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)
Pared	Techo	Piso						
(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)	(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)						



VIII.-Equipamiento el hogar

Este hogar cuenta con los siguientes servicios:	Sí	No
1.- Teléfono fijo		
2.- Teléfono móvil o celular		
3.- Agua potable		
4.- Drenaje		
5.- Electricidad		

Este hogar cuenta con los siguientes bienes:	Sí	No
1.- Estufa de gas/ electricidad		
2.- Reproductor de DVD		
3.- Automóvil		
4.- Refrigerador		
5.- Lavadora		
6.- Televisión		
7.- Computadora		
8.- Horno de microondas/eléctrico		

IX. Redes de apoyo

Considera que si necesitara...	Fácil	Difícil	No aplica
pedirle ayuda a alguien para que la (o) cuiden a usted en una enfermedad, ¿le sería?			
pedir ayuda para coseguir un trabajo, ¿le sería?			
pedir ayuda para que cuiden a las (os) niñas (os) en este hogar, ¿le sería?			
pedir ayuda para que lo acompañen al doctor, ¿le sería?			
pedirle a alguien dinero prestado, ¿le sería?			

X.- Uso del tiempo

En el transcurso de una semana, ¿cuánto tiempo dedica usted a...	Horas
Trabajar? (incluya todo el tiempo dedicado a su trabajo extradoméstico)	
Estudiar y hacer actividades relacionadas con el estudio? <i>(ir a la escuela, hacer tareas, asistir a lugares como museos como parte de las tareas escolares, etc)</i>	
Cuidar, atender sin pago y de manera exclusiva a niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad? <i>(bañar, cambiar, trasladarlos, etc)</i>	
Realizar el quehacer de su hogar? <i>(lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, ropa, barrer, cuidar animales, etc)</i>	
Cuánto tiempo le quedó para realizar actividades que a usted le gustan? <i>(hacer deportes, ir al cine, leer, salir con amigos, escuchar música, ver televisión, descansar. etc)</i>	

XI.- Concentrado en apoyos gubernamentales

¿Recibe usted u otro integrante de su hogar apoyo de algún otro programa estatal? Sí No

¿Cuántos?

¿Cuáles?

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

15. A qué régimen de seguridad social se encuentra incorporado(a):

ISSSTE	<input type="checkbox"/>	Asistencia Pública	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>
IMSS	<input type="checkbox"/>	Instituto de Seguridad Social Estatal	<input type="checkbox"/>	Otro, especifique	<input type="checkbox"/>

16. De las personas que viven en tu casa, cuántas trabajan o realizan alguna actividad por la cual ganen algún dinero: _____

18. Cuál es el ingreso mensual de su familia (no considere impuestos): _____

Ingreso propio:	\$ _____	Ingreso del padre o tutor:	\$ _____
Ingreso del cónyuge:	\$ _____	Ingreso de la madre:	\$ _____
Ingreso de los hermanos:	\$ _____	Otros ingresos	\$ _____

TOTAL DE INGRESOS POR MES: \$ _____

19. Cuánto es el gasto mensual de tu familia en los siguientes conceptos:

Alimentos	\$ _____	Renta y/o predial	\$ _____
Despensa	\$ _____	Luz	\$ _____
Productos de limpieza	\$ _____	Agua	\$ _____
Transporte	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Servicio doméstico:	\$ _____	Teléfono celular	\$ _____
Seguros de vida, auto, casa, medico:	\$ _____	Cable	\$ _____
Pago de crédito de automóvil:	\$ _____	Internet	\$ _____
Pagos de tarjetas de crédito y departamentales	\$ _____	Gas:	\$ _____
Pago de hipoteca:	\$ _____	Ropa y calzado:	\$ _____
Gastos médicos	\$ _____	Gastos personales:	\$ _____
Colegiatura del solicitante:	\$ _____	Vacaciones:	\$ _____
Colegiatura de otros miembros de la familia	\$ _____	Diversiones y entretenimiento:	\$ _____
Libros y materiales:	\$ _____	Otros gastos:	\$ _____

TOTAL DE GASTOS POR MES \$ _____