

## FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente:

C-0517-22081

Fecha de Registro

2013-02-05 00:00:00

### DATOS GENERALES

Nombre: MANUEL SALDIVAR REVELES Género: Masculino Edad: 55 Estado Civil: Soltero(a)  
Fecha de nacimiento: 1968-08-04 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
CURP: SARM680804HZSLVN04 RFC: SARM680804 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 4781153653  
Domicilio: JUAREZ No. Ext: 504 No. Int.: S/N  
Colonia: CENTRO Entre vialidades: S/N  
Descripción o referencia del lugar: \_\_\_\_\_  
Estado: ZACATECAS Municipio: CALERA Localidad: VÍCTOR ROSALES  
Asentamiento: \_\_\_\_\_ C.P.: 98500 Correo-e: \_\_\_\_\_  
Sabe Leer? Sí: ☐ No: ☒ Estudia: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Habilidad: \_\_\_\_\_  
Nivel escolaridad: \_\_\_\_\_ Concluida: ☐ Trunca: ☒ Cursando: ☐ No Aplica: ☐  
Trabaja: Sí: ☒ No: ☐ Dónde? \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Profesión/Oficio: DIVERSOS  
Pertenece a alguna AC: Sí: ☐ No: ☒Cuál? \_\_\_\_\_  
Pensión, Beca o Apoyo: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Monto pensión: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Tipo de Seguridad Social: IMSS: ☐ ISSSTE: ☐ SSZ: ☐ Ninguno: ☒ Otro: \_\_\_\_\_ No. de SS: \_\_\_\_\_  
Pertenece a otro Grupo Vulnerable: Sí: ☐ No: ☒Cuál(es)? \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

Tipo de discapacidad: Física: ☐ Intelectual: ☐ Sensorial: ☐ Múltiple: ☐ Psicosocial: ☐  
Discapacidad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Describe: \_\_\_\_\_  
Usa Braille: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe LSM?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒ Sabe Lectura Labiofacial?: Sí: ☐ No: ☐ N/A: ☒  
Causa: Nacimiento: ☐ Congénita: ☐ Genética: ☐ Hereditaria: ☐ Enfermedad: ☐ Accidente: ☐ Violencia: ☐ Adicción: ☐  
Otra: ☐ Desconoce: ☐ Especifique: \_\_\_\_\_  
Fecha inicio discapacidad: \_\_\_\_\_ Fuente de Valoración: \_\_\_\_\_ Fecha de Valoración: \_\_\_\_\_  
Rehabilitación: Sí: ☐ No: ☒ Dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_  
Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_ Tiene cirugías?: Sí: ☐ No: ☐ Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_  
Usa prótesis u órtesis?: Sí: ☐ No: ☐ Tipo de prótesis u órtesis: \_\_\_\_\_  
Requiere asistencia/supervisión? Siempre: ☐ Tareas específicas: ☐ Nunca: ☐ Duración: Permanente: ☐ Temporal: ☐ N/A: ☐  
Alergias: \_\_\_\_\_ Enfermedades: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_

### VIVIENDA

Propia: ☐ Prestada: ☐ Rentada: ☐ Está a su nombre?: Sí: ☐ No: ☒  
Tipo de vivienda: Casa: ☐ Departamento: ☐ Vecindad: ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
No. de dormitorios: \_\_\_\_\_ Cocina: ☐ Sala: ☐ Baño: ☐ Num. Baños: \_\_\_\_\_ Interior: ☐ Exterior: ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
Techo: Cemento: ☐ Lámina: ☐ Otro: \_\_\_\_\_ Pared: Block: ☐ Ladrillo: ☐ Adobe: ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
Servicios básicos: Agua potable: ☐ Luz eléctrica: ☐ Drenaje: ☐ Internet: ☐ Celular: ☐ Carro: ☐ Gas: ☐  
Teléfono: ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
Electrodomésticos: Lavadora: ☐ Disp. Inteligente: ☐ Microondas: ☐ T.V.: ☐ Computadora: ☐ Licuadora: ☐  
Estufa: ☐ Refrigerador: ☐ Otro: ☐  
Es dependiente económico? Sí: ☐ No: ☒ Indique de quién: \_\_\_\_\_ Núm. dependientes económicos? 0

Página 1/2





## INTEGRACIÓN FAMILIAR

Nombre:	Parentesco:	Edad:	Escolaridad:	Profesión u Oficio:	Discapacidad:	Ingreso:	Teléfono:
---------	-------------	-------	--------------	---------------------	---------------	----------	-----------

## REFERENCIAS PERSONALES

Nombre:	Parentesco:	Domicilio:	Profesión u Oficio:	Teléfono:
---------	-------------	------------	---------------------	-----------

## SERVICIOS SOLICITADOS

Folio:	Fecha Solicitud:	Tipo Solicitud:	Descripción:	Fecha Entrega:	Estatus:
C-0517-22081	2024-07-19 09:40:36		Credencial	2024-07-19 09:40:36	Entregado

19.07.24 Tarjetón


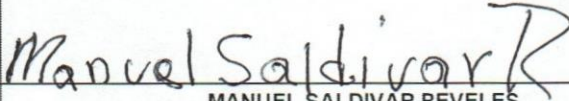
Tarjetón #2496

19.07.24

Ent.

Fecha de Actualización: 2024-07-19 09:38:46

Zacatecas, Zac. a 19-07-2024

Firma del responsable del llenado:	Firma de Autorización de uso de Datos Personales:
 Raúl Fourzan Puente	 MANUEL SALDIVAR REVELES

Estimado usuario y/o beneficiario, la información proporcionada al Instituto para la Atención e Inclusión de las Personas con Discapacidad, está debidamente protegida por la ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Zacatecas, si deseas más información puedes consultar nuestro aviso de privacidad en: <https://inclusion.zacatecas.gob.mx/aviso-de-privacidad>