



TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONOMICO

FECHA: _____

TRAMITE: _____

NOMBRE:		EDAD:	
QUIEN MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD, LO SIGUIENTE:			
TELÉFONO:	FECHA DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:
OCUPACIÓN:	ESCOLARIDAD:		
CONYUGE:	OCUPACIÓN:	EDAD:	SEXO:
DEP. ECON.:	OCUPACIÓN:	EDAD:	SEXO:
	OCUPACIÓN:	EDAD:	SEXO:
	OCUPACIÓN:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO ACTUAL:			
LOCALIDAD:	ENTIDAD FEDERATIVA:		C.P.:
INGRESO MENSUAL:			
<u>SITUACIÓN DE LA VIVIENDA</u>			
TIPO DE VIVIENDA			
PROPIA:	PRESTADA:	RENTADA:	COMPARTIDA:
TIPO DE PARED			
LADRILLO:	MADERA:	CARTÓN:	LAMINA: OTROS:
TIPO DE TECHO			
LOZA:	LAMINA DE CARTÓN:	LAMINA DE ZINC:	OTROS:
TIPO DE PISO			
CEMENTO:	TIERRA:	AZULEJO:	OTROS:
NO. DE PISOS DE LA VIVIENDA :	PIEZAS QUE TIENE LA VIVIENDA:		SALA : COMEDOR:
	COCINA:	BAÑO:	RECAMARAS:
TIPO DE SERVICIOS :			
DRENAJE:	LUZ ELECTRICA:	AGUA POTABLE:	AGUA DE POZO: AGUA CON PIPA: INTERNET:
<u>MOBILIARIO CON EL QUE CUENTA LA VIVIENDA:</u>			
COCINA CON:	ESTUFA:	PARRILLA:	BRASERO: LEÑA:
DUERME EN: CAMA:	COLCHONETA:	CAMA DE CAMPAÑA:	CATRE: OTROS:
TIPOS DE ENSERES:	REFRIGERADOR:	MICROONDAS:	LAVADORA: LICUADORA:
	CLIMA:	COMPUTADORA:	ESTÉREO: VIDEO JUEGOS: T.V:
TIPO DE DERECHO HABIENTIA:			
IMSS:	ISSSTE:	INSABI:	PEMEX: MEDICO PARTICULAR: FARMACIAS:
BENEFICIADO O FAMILIAR CON DISCAPACIDAD: SI:		NO:	TIPO DE DISCAPACIDAD:
PADECIMIENTO:		SEXO:	EDAD:
NOMBRE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:			
OBSERVACIONES:			

Nombre y firma del ciudadano/a

Sello de la institución

Nombre y firma del servidor público

1 de marzo, C.P. 93330, Poza Rica de Hidalgo, Ver.

TEL. 702 02 002 00





SOLICITUD DE VISITA DOMICILIARIA

TRABAJO SOCIAL

Fecha de solicitud de visita domiciliaria: _____

Área que solicita: _____

Domicilio visita: _____

Motivo de la visita domiciliaria: _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha programada por el departamento de trabajo social:

Autoriza

Vo.Bo

Lic.Ts. Leticia Vargas Tlalacalco

Psic.Anarely Aguirre Rivera

Encargada del área de trabajo social

Directora del DIF municipal Poza Rica



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



ME LLENA DE ORGULLO

SOLICITUD DE APOYO FUNCIONAL

SILLAS DE RUEDAS	
Estándar Adulto	
Est. Infantil 14"	
Est. Juvenil 16"	
P.C.A.	
P.C.I.	
Sobrepeso	
Eléctrica	

ANDADERA	
Adulto Sin Ruedas	
Adulto Con Ruedas	
Infantil Sin Ruedas	
Infantil Con Ruedas	
Tipo Juanito Inf.	
Tipo Juanito Juv.	

BASTONES	
Cuatro Puntos	
Blanco Adulto	
Blanco Infantil	
Puño Alemán	

PAR DE MULETAS	
Axilar Adulto	
Axilar Infantil	
Canadiense Adulto	
Canadiense Infantil	

Carriola P.C.I.

Colchón de Agua - Aire

Nombre del solicitante: _____

Nombre del beneficiario: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Indígena: _____ Edo. Civil: _____

Localidad: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

Tipo de discapacidad: Motriz: _____ Visual: _____ Auditiva: _____ Intelectual: _____

Parte(s) afectada(s): _____ Edad en la que presentó la discapacidad: _____

Ocasionada por: _____

Usa algún aparato: _____ Cual: _____

Camina solo: _____ Con ayuda: _____ Lo tienen que cargar: _____

Habla: _____ Oye: _____ Ve: _____ Ambos ojos: _____

Observaciones: _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

- Oficio de solicitud del beneficiario en escrito libre, dirigido a la Lic. Rebeca Quintanar Barceló, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- Constancia, Certificado o Dictamen Médico que respalde la solicitud del Apoyo Funcional que se requiera, en original y reciente, firma del médico, cédula profesional, membretado y sellado por la Institución que lo elabore.
- Copia de identificación oficial con fotografía de la persona a beneficiar, si no cuenta con ésta, podrá ser una Constancia de Identidad emitida por el Secretario del Ayuntamiento, con fotografía infantil al calce, en papel membretado y sellado, en caso de ser menor de edad deberá ser la del tutor.
- CURP del beneficiario
- Fotografía de cuerpo completo del beneficiario, lo más reciente posible
- Estudio Socioeconómico con nombre y firma de quien lo elabora o Constancia de Escasos Recursos emitida por Secretario del H. Ayuntamiento o Presidente(a) o Director(a) de DIF Municipal correspondiente). Para todos los casos en original, papel membretado y sellado.

Km. 1.5 Carretera Xalapa-Coatepec Col. Benito Juárez,
C.P. 91070, Xalapa, Veracruz, México
Tel. (228) 842 37 30 / 842 37 37
www.difver.gob.mx



Poza Rica De Hgo., Ver., a ____ de ____ de 20__

Lic. Rebeca Quintanar Barceló
Directora Del Sistema DIF Estatal de Veracruz
Presente.-

El que suscribe _____,
mediante el presente escrito me dirijo a usted de la manera más atenta y
respetuosa, con la finalidad de solicitarle _____,
para _____ ya que
actualmente tiene dificultades para caminar, por ello, requiere de este aparato
funcional para tener una mejor calidad de vida.

Sin más por el momento, agradezco su atención y apoyo a esta solicitud
realizada.

ATENTAMENTE

Nombre y firma



DIF Poza Rica
Vive con amor

FOLIO DE DENUNCIA: _____



H.AYUNTAMIENTO DE
POZA RICA
2022-2025



DIF Poza Rica
Vive con amor

Poza Rica de Hidalgo, Ver., a los _____ del mes de _____ del 20____

Recibí del Sistema DIF Municipal de Poza Rica, el apoyo de:

Beneficiario: _____

Edad: _____ **Estado Civil:** _____ **Discapacidad:** _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ **C.P.:** _____

Realiza el trámite: _____

Parentesco: _____ **Edad:** _____ **Estado Civil:** _____

Por concepto: _____

Recibí:

Autorizo:

PSIC. ANARELY AGUIRRE RIVERA
DIRECTORA DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL
POZA RICA, HGO, VER.