



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A PERSONAS
CON CAPACIDADES DIFERENTES
AYUDAS FUNCIONALES

No. DE CASO SUB: _____

FECHA: _____

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

INGRESOS \$ _____ TIPO DE SUBSIDIO: _____

☐ PRIMERA VEZ ☐ SUBSECUENTE PADECIMIENTO ACTUAL: _____ CAUSA: _____

¿RECIBE ATENCIÓN MÉDICA? ☐ SI ☐ NO DONDE: _____

OBSERVACIONES: _____

2.- DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

MUNICIPIO: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR

PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|--------|------|------------|-------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4.- SITUACIÓN ECONÓMICA**INGRESOS**

PADRE \$ _____
MADRE \$ _____
HIJOS \$ _____
OTROS \$ _____
TOTAL \$ _____

EGRESOS

ALIMENTACIÓN \$ _____
VIVIENDA \$ _____
SERVICIOS PUBLICOS \$ _____
TRANSPORTE \$ _____
EDUCACIÓN \$ _____
OTROS \$ _____
TOTAL \$ _____

BALANCE GENERAL \$ _____

5.- VIVIENDA

ZONA: _____ TIPO DE VIVIENDA: _____
☐ PROPIA ☐ RENTADA ☐ PRESTADA ☐ OTRO
☐ COMEDOR ☐ COCINA ☐ BAÑO ☐ LUZ ☐ AGUA
☐ DRENAJE ☐ GAS ☐ OTROS RECAMARAS: _____

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA CASA

PAREDES: _____ TECHO: _____

PISO: _____

6.- EVALUACIÓN GENERAL**7.- PLAN SOCIAL**

MODALIDAD DE PAGO: ☐ UNILATERAL ☐ TRIPARTITA
☐ BIPARTITA ☐ DONACIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO_____
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DE LA PERSONA QUE REALIZO EL ESTUDIO