



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS



SOLICITO A USTED SU AUTORIZACION PARA REALIZARLE ENTREVISTA Y SER ATENDIDO (A) EN EL AREA DE TRABAJO SOCIAL DEL INDAJUCAM

Departamento de Trabajo Social
Estudio Socioeconómico

Fecha: /2025

ABOGADO ASIGNADO:

1.- Datos Personales: _____

Nombre del Solicitante: _____

Edad _____ IF _____ Estado Civil: _____

Género: Mujer: Hombre No vinario Escolaridad: _____ Sabe leer: Si No

Dirección: _____

Municipio: CAMPECHE Entidad Federativa: CAMPECHE

Lugar de origen CAMPECHE Dialecto o lengua: _____

Teléfono Local: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Patrocinio Solicitado: Civil Familiar Mercantil

Parte: Actor Demandado

Grupo Vulnerable: Indígena Adulto Mayor LGTBI+ Discapacitado:

Tipo de Juicio: _____

Nombre de la Contraparte: _____

¿Se encuentra inscrito en algún Programa de apoyo de la SECRETARIA DEL BIENESTAR? Si No
En caso afirmativo en que Programa: _____

2.- Datos Familiares:

Número de personas que habitan en la vivienda: _____

Dependientes económicos: _____

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Ingresos

Observaciones: _____

3.- Datos Económicos:

Ocupación Actual: _____

Lugar de Trabajo: _____

Tiempo en la ocupación: _____

Forma de Pago: Diario \$ _____ Semanal \$ _____ Quincenal \$ _____

Mensual: _____

Total: Mensual \$ _____



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS



Tipo de Empleo: Institución Gubernamental Iniciativa Privada Base Confianza Eventual
 Honorarios Por su propia cuenta Otro
 Tarjeta Bancaria Si No

4.-	Otros	Ingresos	Mensuales.
Renta \$X	Pensión \$	Venta de Inmueble \$X	
Otro \$X	Total \$		

Egresos o Gastos mensuales:

Servicios	\$	Servicios	\$
Educación Pública o Privada	\$	Luz	\$
Renta	\$	Teléfono	\$
Serv. de Cable	\$	Serv. Médicos	\$
Hipoteca	\$	Otros Gastos	\$
Alimentación	\$	Total	\$

5.- Vivienda:

Tipo de vivienda

Propia Prestada: Rentada: Otro:

Tipo de Construcción: MATERIAL Núm. de piezas: _____

Tipo de piso: VITROPISO Tipo de techo: CONCRETO

Servicios con los que cuenta la vivienda:

Agua Luz Drenaje Teléfono Cablevisión Internet

Cuenta con vehículo propio Si No Tipo y Modelo: _____

6.- Salud

Servicio médico con que cuenta: _____

ISSSTE IMSS INSABI Particular

Otros Especifique: _____

7.- Conclusiones y Observaciones:

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA: Si No

RESULTADO DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA: Procedente Improcedente

Verificados los datos por este departamento, se le hace saber de qué sí es falsa o incorrecta la información que proporciona, se le retirará el servicio de Asistencia Jurídica, independientemente del estado procesal en que se encuentre el juicio, esto con fundamento en el Artículo 36 de la Ley que Establece el Instituto de Acceso a la Justicia del Estado de Campeche.

Firma del Solicitante

Firma del Trabajador Social
LEIVI DEL CARMEN GAMAS LARA

Se resguardan los datos personales que intervienen en el presente documento, por ser información confidencial, en términos de los artículos 6 apartado A, fracción II, 16 párrafo primero y segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 23, 116 y 120 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 44, 118 y 123 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche; art. 3 fracciones IX y X, 26, 80 y 81, párrafo primero y 82 de la Ley General de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados; y art. 3 fracciones IX y X, 115 y 116 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche.