





4. - SITUACION ECONOMICA

**GASTO MENSUAL FAMILIAR**

ALIMENTACION \$ \_\_\_\_\_ SALUD \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (MANTENIMIENTO) \$ \_\_\_\_\_  
EDUCACION \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PUBLICOS \$ \_\_\_\_\_ OTROS ( \_\_\_\_\_ ) \$ \_\_\_\_\_  
TRANSPORTE \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA) \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR: \$ \_\_\_\_\_**

5. - ALIMENTACION (QUE REGULARMENTE CONSUME LA FAMILIA)

DESAYUNO \_\_\_\_\_

COMIDA \_\_\_\_\_

CENA \_\_\_\_\_

6. - VIVIENDA

ZONA \_\_\_\_\_ SERVICIOS PUBLICOS: LUZ ( ) AGUA ( ) PAVIMENTO ( ) DRENAJE ( ) TELEFONO ( ) TRANSPORTE ( )

TIPO DE VIVIENDA \_\_\_\_\_ REGIMEN DE PROPIEDAD \_\_\_\_\_

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ ( ) AGUA ( ) GAS ( ) DRENAJE ( ) TELEFONO ( ) OTROS ( ) \_\_\_\_\_

NUMERO DE ESPACIOS: \_\_\_\_\_ SALA ( ) COMEDOR ( ) RECAMARA ( ) COCINA ( ) BAÑO \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSTRUCCION: PAREDES \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

7. - SALUD DEL BENEFICIARIO

PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_ CAUSA \_\_\_\_\_

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO ( ) \_\_\_\_\_

RECIBE ATENCION MEDICA: SI ( ) NO ( ) DONDE \_\_\_\_\_

8. - EVALUACION GENERAL

**NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**DEPENDENCIA CANALIZADORA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y LUGAR DE APLICACION**

\_\_\_\_\_ ( AÑO    MES    DIA ) ( LUGAR )

**EVALUACION GENERAL DE TRABAJO SOCIAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL**

\_\_\_\_\_