



CENTRO UNIVERSITARIO PASO DEL NORTE
CLAVE DE INC. A LA SEP. 08PSU5031F

FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

CURP o INE: _____ **RFC.-** _____

Nombre completo: Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s)

Medio para el que labora:

Edad: _____

Estado civil: _____

Dirección: Calle _____ Núm. _____

Colonia _____ Mpio. _____

Código Postal _____ Entidad Federativa _____

Teléfono para localización Particular: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

2. CONSTITUCIÓN FAMILIAR (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

Número de hijos (___) **Edad de cada uno:** _____

Datos de Familiares que habitan en la misma casa:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	GRADO ACADÉMICO	OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO	INGRESOS

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS:

Ingreso familiar mensual: _____

(anexar comprobantes en caso de contar con ellos)



3. SITUACIÓN ECONÓMICA

¿Trabajas Actualmente? Sí () No ()

¿En dónde? _____

¿Con qué sueldo mensual? (anexar comprobante) _____

¿Con qué horario? _____

¿Actualmente cuentas con algún otro apoyo económico? (Institución, Monto y Periodicidad):

¿A cuánto ascienden tus gastos mensuales? _____

Alimentación: _____ Educación: _____

Transporte: _____ Servicios Públicos: _____

Salud: _____ Vivienda (mantenimiento): _____

Vivienda (renta): _____ Otros: _____

Total de egresos (mensual): _____

Observaciones:

4. VIVIENDA

Zona: A) Rural () B) Urbana ()

La casa donde vives es: A) Propia () B) Rentada () Número de habitaciones ()

El material de la casa es: Paredes y techo de concreto () Paredes concreto y techo de lámina/asbesto ()

Paredes de madera o adobe y techo de lámina ()

Otros materiales () (especifique) _____

Servicios Públicos con los que cuenta la vivienda:

Energía Eléctrica () Agua () Drenaje () Teléfono ()



CENTRO UNIVERSITARIO PASO DEL NORTE
CLAVE DE INC. A LA SEP. 08PSU5031F

Observaciones:

5. SALUD DEL SOLICITANTE:

Padecimiento actual: _____

Observaciones: _____

¿Cuenta con Seguro Médico?: Sí () No ()

Derechohabiente: IMSS () ISSSTE () Seguro Popular ()
 Centro de Salud () Otro ()

Lugar y Fecha:

Nombre y Firma:

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formato es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe la veracidad de esta información.

***Llenar todos los campos, no se evaluarán solicitudes incompletas o sin firma.**