BISOM
BIENESTAR SOCIAL
MUNICIPAL

No. FOLIO_____

Tijuana, B.C. a. _____ de 202_____

LIC. .....
DIRECTORA DE BIENESTAR SOCIAL MUNICIPAL
P r e s e n t e.-

Por este medio le envío un cordial saludo y a la vez me permito presentarme, mi nombre es: _____y a través de esta petición solicito su apoyo para que me otorgue una ayuda para: _____.

Fecha de nacimiento: ____/____/_____ Teléfono celular: _____

Teléfono de casa: _____

Documento que presentó:_____

INE /___/ Identificación de Migrante /___/ INAPAM /___/ Otra /___/

Comprobante de domicilio:_____

Documentos que avalan el apoyo: _____

Domicilio

Calle: _____No. _____

Colonia: _____Delegación: _____

El apoyo que usted solicita es para beneficio de una empresa o institución. SI /__/ NO/__/

Establecer RFC: _____

Realizar una actividad económica para la cual este dado de alta en Hacienda: SI /__/ NO/__/

Establecer RFC: _____

Por su atención, muchas gracias.

_____
FIRMA

_____
Huella digital

Comentario adicional: _____

No. FOLIO_____

Tijuana, B.C. a. _____ de 202_____

SOLICITUD DE APOYO

LIC..
DIRECTORA DE BIENESTAR SOCIAL
MUNICIPAL

P R E S E N T E:

ATENTAMENTE

_____

BISOM
BIENESTAR SOCIAL MUNICIPAL

No. FOLIO_____

Tijuana, B.C. a. _____ de 202_____

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I. DATOS PERSONALES

1. NOMBRE:

2. SEXO: H ( ) M ( )

3. FECHA DE NACIMENTO: ____/____/____

4. DOMICILIO: _____

5. COLONIA: _____

6. DELEGACIÓN: _____

10. LUGAR DE NACIMIENTO: _____

11. ESTADO: _____

12. TELÉFONO: _____

13. ESCOLARIDAD: _____

7. TRABAJA: SI ( ) NO ( ) 8. OCUPACIÓN: _____ 9. SUELDO MENSUAL: $_____

14. EDO. CIVIL: CASADO (A) ( ) SOLTERO (A) ( ) VIUDO (A) ( ) UNIÓN LIBRE ( ) SEPARADO (A) ( )

II. INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE VIVAN EN LA MISMA CASA

15. ACTUALMENTE VIVE CON:( ) ESPOSO (A) ( ) PADRES ( ) FAMILIARES ( ) AMIGOS ( ) HIJOS ( ) OTRO (TUTORES)

16. CUANTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA ( ) NIÑOS ( ) ADOLESCENTES ( ) ADULTOS

16.1. OBSERVACIONES FAMILIARES ADICIONALES:

III. SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA FAMILIA

17. INGRESO:

SUELDO: $_____

PENSIÓN / JUBILACIÓN: $_____

APORTACIONES DE OTROS FAMILIARES: $_____

OTROS INGRESOS: $_____

18. EGRESO MENSUAL FAMILIAR: $_____

ALIMENTACIÓN: $_____

VIVIENDA: $_____

SERVICIOS: $_____

TRANSPORTE: $_____

EDUCACIÓN: $_____

OTROS EGRESOS: $_____

IV. SERVICIOS MÉDICOS

TIPOS DE SERVICIOS MÉDICOS

SERVICIOS MÉDICOS( ) IMSS ( ) ISSSTE ( ) ISSSTECALI ( ) SEGURO POPULAR ( )
SERVICIOS MÉDICOS IMPALES ( ) NINGUNO ( )

*LOS DATOS PERSONALES QUE NOS PROPORCIONE SERÁN PROTEGIDOS CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY DE TRASPARENCIA Y ACCESO

No. FOLIO_____

V. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

20. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

PROPIA:( )

RENTADA( )

PRESTADA( )

21. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

DRENAJE( )	RECÁMARAS ( )	ESPECIFIQUE CUÁNTAS RECÁMARAS ( )
AGUA POTABLE( )	SALA ( )	
LUZ ELÉCTRICA( )	COCINA ( )	
GAS( )	BAÑO DENTRO ( )	
TELÉFONO( )	BAÑO FUERA ( )	

22. MATERIAL DE LA VIVIENDA

BLOQUE( )	CARTÓN ( )	
LADRILLO( )	OTROS MATERIALES ( )	ESPECIFIQUE:
MADERA( )		

23. MATERIAL DEL PISO DE LA VIVIENDA

TIERRA( )	OTROS MATERIALES ( )	ESPECIFIQUE:
FIRME DE CONCRETO( )		

24. CONDICIONES DE LA VIVIENDA

BUENA ( ) REGULAR ( ) MALA ( )

VI. DIAGNÓSTICO

ACUDE EL (LA) **C.** _____, PARA TRAMITE DE _____REFIERE EL ENTREVISTADO QUE NO CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA CUBRIR DICHO GASTO.
DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ENTREVISTADO, **SE CONSIDERA CANDIDATO PARA RECIBIR EL APOYO.**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EL ENTREVISTADO MANIFIESTA QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON REALES-

C._____
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

C._____
ELABORADO POR

*LOS DATOS PERSONALES QUE NOS PROPORCIONE SERÁN PROTEGIDOS CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY DE TRASPARENCIA Y ACCESO

REQUISITOS PARA APOYO FUNERARIO:

-COPIA INE (VIGENTE Y DEL ESTADO)

-COPIA CURP (ACTUALIZADA)

-COPIA COMPROBANTE DOMICILIO (NO MAYOR A 3 MESES)

-CERTIFICADO MEDICO/DIFUSIÓN

-ACTA DE NACIMIENTO/COPIA INE DEL FALLECIDO

-COTIZACIÓN DE FUNERARIA (SELLO Y FIRMA)

CONVENIO ÚNICAMENTE CON:

-EBENECER

-DE LA CRUZ

-BOSCO