



SOLICITUD DE APOYO



Nº 07631

Fecha: _____

FOLIO: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Fecha en la que se requiere el Apoyo: _____

DESCRIPCION DE LA(S) NECESIDAD(ES):

PARA USO EXCLUSIVO DEL DIF ALTAMIRA

Fecha: _____

TIPO DE PACIENTE	
Sindicalizado _____	Confianza _____
Empleado / Pariente _____	
Empleado _____	Clave: _____
Apoyo _____	Expediente: _____

APOYOS OTORGADOS

Firma

☐ Rechazado

Motivo de Rechazo:

☐ Canalizado

Área: _____

☐ Autorizado

Sello:

TIPO DE APOYO	
Apoyo: _____	
☐ Económico	☐ En Especie
COSTO TOTAL DE LA(S) NECESIDAD(ES): \$ _____	
APORTACIÓN DEL DIF ALTAMIRA: \$ _____	



Visto Bueno

Autorizó

Recibió

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Estudio Socioeconómico Corto



FECHA

I. INTEGRACION FAMILIAR

NOMBRE:

DOMICILIO:

ESTADO CIVIL:

EDAD:

DESCRIPCION FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACION	ING. MENSUAL

RECIBE PENSION \$ PENSIONA: IMSS: ISSSTE: OTRO:

II. INFORMACION GENERAL

VIVIENDA: BUENA: REGULAR: MALA: No. DE CUARTOS:

MATERIAL DE CONSTRUCCION: PAREDES: PISO: TECHO:

PROPIEDAD DE LA VIVIENDA PRESTADA: RENTA: PROPIA: OTRA:

SERVICIOS CON QUE CUENTA: AGUA POTABLE: \$ AGUA ENTUBADA: \$ PIPA: \$

OTROS \$

ELIMINACION DE EXCRETAS: DRENAJE: FOSA SEPTICA: LETRINA: AIRE LIBRE:

DISPOSICION DE BASURA: TIRADERO DOM. TIRADERO CALLE QUEMA

RECOLECCION MUNICIPAL

COCINAR: FOGON DE PISO FOGON ALTO ESTUFA DE GAS OTRO

LUZ ELECTRICA: VELAS OTROS:

III. SALUD

SERVICIO MEDICO CON EL QUE CUENTA:

NOMBRE Y FIRMA

DIF: IMSS: ISSSTE: PEMEX: OTROS:

ALGUN INTEGRANTE DE LA FAMILIA PRESENTA DISCAPACIDAD: SI NO
QUIEN: QUE PROBLEMA PRESENTA:
MEDICAMENTO: COMPRA: REGALAN:

IV. ALIMENTACION

GASTO SEMANAL: \$ ALIMENTOS QUE CONSUMEN

MOBILIARIO Y APARATOS ELECTRODOMESTICOS:

ROPA: COMPRA \$ REGALAN:

CALZADO: COMPRA\$ REGALAN:

EVALUACION GENERAL:

OBSERVACIONES:

SEGUIMIENTO:

ELABORO