## Fecha de solicitud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## Marca con una ( X ) las respuestas.

## TIPO DE BECA A SOLICITAR: ( ) ALIMENTICIA ( ) GRUPOS VULNERABLES

1. **Matrícula:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Nombre completo:** Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

# Programa Educativo (carrera): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Cuatrimestre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Promedio general:\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Edad:** **Estado civil:** Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( )
2. **Número de hijos** ( ) **Edad de cada uno**:
3. **Dirección:** Núm. Colonia Código postal.

# Teléfono(1): Correo electrónico(1):

# Teléfono(2): Correo electrónico(2):

1. **Actualmente vives:** A) Con padres ( ) B) Con algún familiar ( ) C) Solo(a) ( )

D) Con amigos ( ) E) Con pareja o cónyuge ( )

1. **Cuadro Familiar (incluyéndote):** \*Ingreso promedio mensual

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | PARENTESCO | OCUPACIÓN | EDAD | ESCOLARIDAD | INGRESO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **La casa donde vives es**: A) Propia ( ) B) Rentada ( ) C) Prestada ( )

**Servicios**: Luz ( ) Agua ( ) Teléfono ( ) Internet ( ) TV de paga ( )

**Material de la casa**: Paredes y techo de concreto ( ) Paredes concreto y techo de lámina/asbesto ( ) Paredes de madera o adobe y techo de lámina ( ) Otros materiales ( ) (especifique)

**Número de dormitorios**: 5 o más ( ) 3-4 ( ) 1-2 ( )

**Número de personas por dormitorio:** 1-2 ( ) 3( ) 4 o más ( )

**Número de focos en la vivienda:** 1 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) más de 10 ( )

# ¿Cuenta con automóvil propio? No ( ) Si ( ) Marca: \_\_\_\_ Modelo:\_ \_\_\_\_ Año:\_\_\_\_\_\_

**¿Cuántos camiones toma para trasladarse al día?** \_\_\_\_ **¿Qué rutas?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Actualmente cuentas con alguna otra beca o apoyo económico?** (Institución, Monto y Periodicidad)**:**

# ¿Tú o tu familia están inscritos a algún(os) programa(s) sociales de nivel municipal, estatal y/o federal?

**Si ( ) No ( )**

Especifica**:**

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.**

**\*\*\*\*\*\*Entregar esta solicitud en SERVICIOS MÉDICOS\*\*\*\*\*\***

|  |
| --- |
| **Servicios médicos:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Beca: Aceptada Rechazada**