

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA**

FOLIO _____
FECHA _____ / _____ / _____
DÍA MES AÑO

| DATOS DEL USUARIO (BENEFICIARIO) | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|--------------|------------------|------|--------------|
| NOMBRE | | APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | |
| LUGAR DE NACIMIENTO | CUENTA CON SERVICIO MEDICO | FECHA DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD | EDAD | SEXO | ESTADO CIVIL |
| ESCOLARIDAD | TELÉFONO | OCUPACIÓN | INGRESO | CÓDIGO POSTAL | CURP | |

¿SUFRE DE DISCAPACIDAD?

- VISUAL
- FÍSICA
- LENGUAJE
- INTELLECTUAL
- AUDITIVA
- AMBAS
- MOTRIZ
- NINGUNA

DOMICILIO

| |
|------------|
| CALLE: |
| COLONIA: |
| LOCALIDAD: |
| MUNICIPIO: |

REFERENCIAS DE SU DOMICILIO: _____

DIAGNOSTICO: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR DEL BENEFICIARIO (SOLO EN CASO QUE APLIQUE)

| NOMBRE(S) | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |
|-----------|------------------|------------------|
| | | |

PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO (MARQUE CON UNA "X")

| PADRE | MADRE | TUTOR | HERMANO(A) | ABUELO(A) | TÍO(A) |
|----------------------|-------|-------|------------|-----------|--------|
| | | | | | |
| OTRO: ESPECIFIQUE | | | | | |

INTEGRANTES DEL HOGAR E INGRESOS ECONÓMICOS

| NOMBRE COMPLETO | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO | PARENTESCO | ESCOLARIDAD | SERVICIO MÉDICO | OCUPACIÓN | INGRESO MENSUAL |
|-----------------|------|---------------------|------------|-------------|-----------------|-----------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



2023. Año del Septuagésimo Aniversario del Reconocimiento del Derecho al Voto de las Mujeres en México”.

GASTO MENSUAL

| | | | | |
|--------------|-------------|---------------------|-----|------|
| ALIMENTACIÓN | EDUCACIÓN | RENTA | LUZ | AGUA |
| TRASPORTE | COMBUSTIBLE | OTRO ESPECIFIQUE | | |

TOTAL, INGRESO MENSUAL

TOTAL, GASTO MENSUAL

SERVICIOS QUE HAY EN LA COMUNIDAD DONDE VIVE

| | | | | | |
|-------------|---------------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
| () ESCUELA | () CENTRO DE SALUD | () PAVIMENTO | () ALUMBRADO PÚBLICO | () TELÉFONO PÚBLICO | () TRANSPORTE PÚBLICO |
|-------------|---------------------|---------------|-----------------------|----------------------|------------------------|

CUENTA CON ALGÚN APOYO SOCIAL CUAL: _____

DIAGNOSTICO SOCIAL:

FAMILIOGRAMA

RATIFICO EN TODO Y CADA UNA DE SUS PARTES LO
ANTES PLASMADO, SIENDO VERÍDICO Y POR ENDE
ACEPTO TODA CONSECUENCIA QUE ESTO DERIVE

LIC. MARÍA ELIZABETH OSORIO CASIANO TRABAJADORA SOCIAL
DEL SISTEMA DIF MUNICIPAL LUVIANOS, EDO, MÉXICO
CEDULA PROFESIONAL:12528188

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



Calle Bugambilias S/N, colonia Adolfo López Mateos,
Luvianos, Estado de México, C.P. 51440,
Tel: (724) 2502962, correo electrónico.