



**PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA
Estudio Socio- Familiar
Simplificado**

Fecha de Elaboración:

Día Mes Año

1. Identificación

Nº de Expediente o Registro	Municipio	Estado
Nombre del Beneficiario:		
Nombre del Responsable:		
Tipo de Vulnerabilidad:		CURP:
Comunidad:		Localidad:
Domicilio:		Teléfono

2. Composición Familiar

3. Educación

4. Ingresos

Nombre Completo	Fecha De Nacimiento	Sexo/ Edad		Ed. Civil	Relación Familiar con el Beneficiario	Especificar	Especificar					
		H	M				Escolaridad	Ocupación	* Eventual/ Permanente	Ingresos Mensuales	OTROS INGRESOS	Aportación al Gasto familiar

* En ocupación anotar si es eventual o permanente** Considerar en otros ingresos la cantidad que ingresa aparte del ingreso mensual Total \$

5. Vivienda

6. Egresos Mensuales

A. Condición		C. Tipo de vivienda y distribución			E. Mobiliario		6. Egresos Mensuales		
Propia ()	Rentada ()	Casa ()	Cuarto ()	Departamento ()	En pago ()	Prestada ()	¿Quién? _____	Anotar en c/u la cantidad gastada por mes	
								Alimentos _____	
								Renta o pago de casa _____	
								Luz _____	
								Agua _____	
								Combustible _____	
								Teléfono _____	
								Educación _____	
								Trasporte _____	
								Medicina _____	
								Ropa y calzado _____	
								Deudas _____	
								Otros _____	
								Total _____	
								Observaciones _____	

