ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha de elaboración: / /

**Tipo de padecimiento: Apoyo Solicitado:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lesión temporal** | **Discapacidad** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bastón** | **Silla de ruedas** | **Andadera** | **Muletas** |

**Datos Generales:**

Nombre: Sexo:

M

H

Fecha de Nacimiento:

/ /

Lugar de Nacimiento:

CURP:

Edad: Estado Civil: Núm. Telefónico:

Domicilio:

Calle y Número Colonia/Localidad

Municipio Entidad Federativa C.P.

Ocupación: Grado de Estudios: No. Personas con las que vive: Parentesco:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cónyuge | Hijo(s) | Hermano(s) | Otro(s) |

**Salud del Adulto Mayor:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Sufre de alguna enfermedad crónica y/o padecimiento médico?:** | | | | | SI |  |  | NO |
| **En caso afirmativo, especifique:** | | | | | | | | |
| **¿Tiene alguna**  **discapacidad física?:** | SI | NO | **En caso afirmativo,**  **¿de qué tipo?:** | Motriz | Auditiva |  | Visual | De  Lenguaje |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **¿Realiza alguna**  **actividad física?:** | SI | NO | **En caso afirmativo,**  **especifique:** | **¿Cuál?:** |  | **¿Con que frecuencia?:** | | |

**Situación Socio Económica:**

Servicio de Salud con el que cuenta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SSA | IMSS | ISSSTE | Salud Bienestar |

¿Recibe algún tipo de pensión?: En caso afirmativo, indique cuál:

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Propia | Rentada | Prestada |

Tipo de vivienda:

No. Habitaciones:

Baño:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | | | |  | | | |
| **Tipo de Piso** | | | | **Tipo de Techo** | | | | | **Tipo de Paredes** | | | |
| Tierr  a | Cement  o | Mosaic  o | Otr  o | Lámina | Palma | Carrizo | Teja | Loza | Madera | Cartón | Carrizo | Bloc  k |

Servicios con que cuenta la vivienda:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Agua | Luz | Drenaje | Alumbrado  Público | Teléfono | Internet |

¿Cuenta con su tarjeta de descuentos INAPAM?

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

¿Depende usted de algún familiar?

**Gastos Familiares Mensuales:**

¿En qué aspecto?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Económico | Para poder  Trasladarme | Para mi  atención Médica |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ingresos** |  |  | **Egresos** |  |
| -Percepción  individual | $ |  | -Alimentación | $ |
| -Cónyuge | $ | -Agua | $ |
| -Hijos | $ | -Luz | $ |
| -Pensión | $ | -Gas | $ |
| -Apoyos  adicionales | $ | -Vivienda | $ |
| **Subtotal** | **$** | -Medicamentos | $ |
|  | | | -Transporte | $ |
| -Vestido | $ |
| **Subtotal** | **$** |

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE APLICACIÓN

  

**INSTITUTO MUNICIPAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

**Huichapan, Hidalgo. a de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024**

**RECIBO DE APOYO FUNCIONAL**

**Por este conducto hago constar que recibí a través del Instituto Municipal para las Personas Adultas Mayores apoyo: con las siguientes características:**

**mismo que recibo en buen estado físico, en atención a solicitud previa.**

**D AT O S DEL B ENE FI CI A RIO:**

**Nombre:**

**CURP:**

**Domicilio:**

**Firma de recibido:**

**Anexos:** Solicitud**,** copia de identificación oficial, CURP, dictamen médico, estudio socioeconómico.