

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha de elaboración: ___/___/___

Tipo de padecimiento:

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

Apoyo Solicitado:

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

Datos Generales:

Nombre: _____ Sexo:

| | |
|---|---|
| H | M |
|---|---|

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?:

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

En caso afirmativo, indique cuál: _____

Tipo de vivienda:

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

No. Habitaciones: _____

Baño: _____

| Tipo de Piso | | | | Tipo de Techo | | | | | Tipo de Paredes | | | |
|--------------|---------|---------|------|---------------|-------|---------|------|------|-----------------|--------|---------|-------|
| Tierra | Cemento | Mosaico | Otro | Lámina | Palma | Carrizo | Teja | Loza | Madera | Cartón | Carrizo | Block |

Servicios con que cuenta la vivienda:

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

¿Cuenta con su tarjeta de descuentos INAPAM?

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

¿Depende usted de algún familiar?

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

¿En qué aspecto?

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

Gastos Familiares Mensuales:

Ingresos

| | |
|------------------------|-----------|
| -Percepción individual | \$ |
| -Cónyuge | \$ |
| -Hijos | \$ |
| -Pensión | \$ |
| -Apoyos adicionales | \$ |
| Subtotal | \$ |

Egresos

| | |
|-----------------|-----------|
| -Alimentación | \$ |
| -Agua | \$ |
| -Luz | \$ |
| -Gas | \$ |
| -Vivienda | \$ |
| -Medicamentos | \$ |
| -Transporte | \$ |
| -Vestido | \$ |
| Subtotal | \$ |

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE APLICACIÓN

INSTITUTO MUNICIPAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Huichapan, Hgo. A ____ de _____ de 2021

RECIBO DE APOYO FUNCIONAL

Por este conducto hago constar que recibí a través del Instituto Municipal de las Personas Adultas Mayores apoyo: _____

con las siguientes características:

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

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre: _____

CURP: _____

Domicilio: _____

Firma de recibido: _____