



ESTUDIO SOCIOECONOMICO

Fecha de entrega: ____/____/____

I. Instrucciones:

- A) Llene la solicitud con letra de molde, tinta azul.
- B) Proporcione la información de manera veraz y clara; si algún dato no aplica a su caso cancele el espacio con un guion.
- C) Anexe:
 - **Copia** de comprobante del ingreso mensual (o en su defecto, una carta firmada bajo protesta de decir verdad, en la que se haga mención del oficio que se desempeña y el ingreso mensual),
 - **Copia** de comprobantes de egresos (agua, luz, teléfono, créditos bancarios o de tiendas departamentales o de autoservicio, etc.),
 - **Copia** de credencial de elector del alumno.

II. Observaciones:

1. La solicitud, deberá ser entregada dentro de los cinco días hábiles siguientes, en horario de oficina en el departamento de contabilidad.
2. Si no cumple con los requisitos, su solicitud no será autorizada.
3. Para cualquier duda respecto al llenado favor de comunicarse al Tel. (449)500 04 10 con el Lic. María de la Cruz Téllez Hernández
4. El comité analizará los datos proporcionados y en su caso dará o no, la autorización de la solicitud de exención.

III. Escriba en el recuadro las siglas de la carrera a la que está inscrito(a) en este periodo:

--

A) DATOS GENERALES DEL ALUMNO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	EDAD
MATRÍCULA:	CUATRIMESTRE:	E-MAIL:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO() CASADO() DIVORCIADO() VIUDO() OTRO() _____			SEXO: (M) (F)
DOMICILIO ACTUAL DEL ALUMNO:		TEL.: () _____	
CALLE	NÚMERO	COLONIA	
LOCALIDAD		C.P. _____	
DOMICILIO DE PROCEDENCIA DEL ALUMNO: (EN CASO DE QUE SU FAMILIA NO RESIDA EN SU CIUDAD)		TEL.: () _____	
CALLE	NÚMERO	COLONIA	
LOCALIDAD		C.P. _____	
MUNICIPIO		CEL.: _____	
EL ALUMNO, () RENTARÁ VIVIENDA () VIVIRÁ CON ALGÚN CONOCIDO			
SERVICIOS MÉDICOS DEL ALUMNO:		NO. DE AFILIACIÓN AL SERVICIO MÉDICO:	
(IMSS) (ISSSTE) (HOSPITAL NAVAL) (HOSPITAL MILITAR)			
(SEGURO POPULAR) (NINGUNO) OTRO: _____			



ESTUDIO SOCIOECONOMICO

CUENTA CON ALGUNA BECA: (SI) (NO)	SU BECA ES: FEDERAL () ESTATAL () MUNICIPAL () EMPRESA () INSTITUCIÓN A.C. () MONTO: \$ PERIODICIDAD:
-----------------------------------	---

LLENAR EN CASO DE QUE EL ALUMNO TENGA PAREJA O DESCENDENCIA		
NOMBRE DEL CÓNYUGE:	TIEMPO DE CASADO:	
NOMBRE DE LOS HIJOS:	EDADES:	

B) ESCOLARIDAD		
NIVEL	NOMBRE DE LA ESCUELA	POBLACIÓN Y ESTADO
PRIMARIA		
SECUNDARIA		
MEDIO SUPERIOR		
OTROS		

C) SITUACIÓN FAMILIAR DEL ALUMNO	
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____ (NOMBRE / APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO)	EDAD: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____	TEL: _____
OCUPACIÓN: _____	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____
EMPRESA O INSTITUCIÓN DE TRABAJO: _____	TEL: _____
DOMICILIO LABORAL: _____	CIUDAD Y ESTADO: _____
<hr/>	
NOMBRE DE LA MADRE: _____ (NOMBRE / APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO)	EDAD: _____
DOMICILIO PARTICULAR: _____	TEL: _____
OCUPACIÓN: _____	ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____
EMPRESA O INSTITUCIÓN DE TRABAJO: _____	TEL: _____
DOMICILIO LABORAL: _____	CIUDAD Y ESTADO: _____



ESTUDIO SOCIOECONOMICO

DEPENDENCIA ECONÓMICA DEL ALUMNO

DEL: PADRE () MADRE () HERMANOS () EMANCIPADO () OTRO ()

ESTADO CIVIL EXISTENTE ENTRE LOS PADRES DEL ALUMNO				GRADO DE APOYO DE LOS PADRES HACIA CON EL ALUMNO	ECONÓMICO		MORAL	
CASADOS	()	VIUDO(A)	()		PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
DIVORCIADOS	()	MADRE SOLTERA	()	SIEMPRE	()	()	()	()
SEPARADOS	()	PADRE SOLTERO	()	CASI SIEMPRE	()	()	()	()
UNIÓN LIBRE	()			ALGUNAS VECES	()	()	()	()
				RARA VEZ	()	()	()	()
				NUNCA	()	()	()	()

DATOS SOBRE LAS PERSONAS QUE DEPENDEN DEL INGRESO FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INSTITUCIÓN Y GRADO ESCOLAR QUE ESTUDIAN

NÚMERO DE MIEMBROS QUE HABITAN EN LA VIVIENDA CON EL ALUMNO: _____

ESPECIFIQUE: PADRE () MADRE () HERMANOS () ¿CUÁNTOS? _____

PAREJA DEL ALUMNO () HIJOS () ¿CUÁNTOS? _____

OTROS (): _____, _____, _____, _____



D) SITUACIÓN ECONÓMICA DE LA FAMILIA NUCLEAR DEL ALUMNO

CUÁLES SON LOS INGRESOS FAMILIARES POR MES:

PADRE \$ _____

MADRE \$ _____

HERMANOS \$ _____

PAREJA \$ _____

OTROS \$ _____ ESPECIFIQUE _____

TOTAL \$ _____

NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DEL INGRESO MENCIONADO _____

PROMEDIO MENSUAL DE DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN EL HOGAR:

ALIMENTACIÓN	\$	LUZ	\$
ENSERES DOMÉSTICOS	\$	RENTA TELÉFONO FIJO	\$
RENTA / PAGO DE VIVIENDA	\$	RENTA TELÉFONO MÓVIL	\$
TRANSPORTE / GASOLINA	\$	TELEVISIÓN DE PAGA	\$
ROPA / CALZADO	\$	INTERNET	\$
COLEGIATURA	\$	DIVERSIÓN	\$
GASTOS ESCOLARES	\$	GASTOS MÉDICOS	\$
CURSOS O CLASES EXTRA-ACADÉMICAS	\$	PAGOS DE CRÉDITOS SIN INCLUIR LOS PAGOS DE VIVIENDA	\$
AGUA	\$	TOTAL:	\$

OTROS GASTOS MENSUALES

CONCEPTO	IMPORTE	CONCEPTO	IMPORTE
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
		TOTAL:	\$

E) ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA FAMILIA NUCLEAR DEL ALUMNO

PARENTESCO CON EL ALUMNO	ENFERMEDAD	TIEMPO DE PADECERLA



ESTUDIO SOCIOECONOMICO

F) DATOS GENERALES SOBRE LA VIVIENDA QUE HABITA EL ALUMNO

ESTATUS DE LA VIVIENDA: PROPIA () PROPIA AÚN PAGÁNDOSE () ALQUILADA () PRESTADA () OTRA () _____		
TIPO DE VIVIENDA: CASA INDEPENDIENTE () DÚPLEX () VECINDAD () DEPARTAMENTO () OTRA () _____		
MATERIAL PREDOMINANTE EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA: LADRILLO / BLOQUE () MADERA () LÁMINA () OTROS () _____		
SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA VIVIENDA: AGUA () LUZ () DRENAJE () TELÉFONO () MANTENIMIENTO () VIGILANCIA () TELEVISIÓN DE PAGA () INTERNET () SISTEMA DE ALARMAS () OTROS ()		
APARATOS DOMÉSTICOS DE LA VIVIENDA LAVADORA () SECADORA () AIRE ACONDICIONADO () CUÁNTOS _____ T.V. () CUÁNTAS _____ HORNO DE MICROONDAS () COMPUTADORA () REPRODUCTOR DE DVD () HOME THEATRE ()		
NÚMERO DE PLANTAS CONSTRUIDAS EN LA VIVIENDA (1)PISO (2)PISOS (3)PISOS	¿LA VIVIENDA CUENTA CON UN ESPACIO EXCLUSIVO PARA COCINA? (SI) (NO)	
¿CUENTA CON ESPACIO PARA SALA DE ESTUDIO Y/O JUEGOS? (SI) (NO)	¿EL ALUMNO CUENTA CON UNA HABITACIÓN PARA USO EXCLUSIVO? (SI) (NO)	
NÚMERO DE RECÁMARAS (1) (2) (3) (4) (5) _____	NÚMERO DE BAÑOS _____	NÚMERO DE FOCOS _____
DATOS SOBRE LOS AUTOMÓVILES FAMILIARES:	MARCA _____ MODELO _____ TIPO () SEDAN () PICKUP () SUV	
	MARCA _____ MODELO _____ TIPO () SEDAN () PICKUP () SUV	
	MARCA _____ MODELO _____ TIPO () SEDAN () PICKUP () SUV	
TIPO DE TRANSPORTE EN QUE EL ALUMNO SE TRASLADA A LA UNIVERSIDAD AUTO PROPIO () AUTO DE FAMILIA () AUTO COMPARTIDO () MOTOCICLETA () BICICLETA () CAMIÓN URBANO () CAMIÓN FORÁNEO () CAMINANDO () OTROS () _____ TIEMPO DE TRASLADO: ___ HRS. ___ MIN. NÚMERO DE TRANSBORDOS QUE REALIZA (2) (3) _____		



G) CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL DOMICILIO FAMILIAR

SEÑALE EL COLOR DE LA CASA Y PUNTOS DE LOCALIZACIÓN; EJEMPLO: TIENDAS, PARQUES, ESCUELAS.

H) RAZONES QUE JUSTIFICAN LA NECESIDAD PARA OBTENCIÓN DE APOYO PARA SERVICIO DE TRANSPORTE

Otorgo mi consentimiento para que la Universidad Tecnológica El Retoño, realice las investigaciones pertinentes para la verificación de los datos aquí facilitados.

