



FORMATO No. 1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA ESTATAL
"RESPONSABILIDAD DIFERENTE"

L.C.P. ALEJANDRO TELLO CRISTERNA
GOBERNADOR DEL ESTADO DE ZACATECAS
P R E S E N T E

La que suscribe, _____ vecina de la localidad de _____ del Municipio de _____ del Estado de Zacatecas, por este conducto, me dirijo a Usted, de una manera atenta y respetuosa, para solicitarle la posibilidad de incorporarme al Programa Estatal "Responsabilidad Diferente".

Para tal efecto, **declaro bajo protesta decir verdad**, que no recibo pensión alimentaria, no percibo sueldo mayor a 2 salarios mínimos, ni apoyo del Programa de Gobierno Federal "Prospera" u otro similar y estoy informada que el apoyo se proporciona únicamente durante dos años; **por lo que acepto** cumplir con los lineamientos del programa, responder al cuestionario de situación socioeconómica, permitir las visitas domiciliarias, que se tomen fotografías de mi vivienda, acudir cuando se me solicite a eventos o actividades y proporcionar los documentos requeridos por el programa.

ATENTAMENTE

Firma de la Solicitante

Fecha de ingreso: _____



TRABAJEMOS
DIFERENTE
2016 - 2021

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
PROGRAMA "RESPONSABILIDAD DIFERENTE"
FICHA DE REGISTRO

1. Nombre: _____ Edad: _____
2. Domicilio: _____ CP: _____
Colonia: _____ Localidad: _____
3. Municipio: _____ Teléfono: _____
4. Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____
5. Clave CURP: _____
6. Correo electrónico: _____
7. Último grado de estudios: _____ Sabe leer y escribir? _____
8. Vive en casa: propia () rentada () prestada () otro ()
9. Estado civil: soltera () casada () viuda () divorciada () separada () otro ()
10. Caso especial: _____
11. Ocupación: _____
12. Cuánto le pagan: _____
13. Si no trabaja cómo solventa sus gastos: _____
14. Ya había recibido el apoyo de Jefas de Familia: Sí () No ()
15. Cuánto era el monto: \$ _____ 15. Durante cuánto tiempo lo recibió: _____
16. Recibe "Prospera" u otro apoyo Gubernamental: _____ Cuánto recibe: \$ _____
17. Cuántos hijos tiene: _____
18. Edades y escolaridad: _____
19. OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTOS QUE SE LE SOLICITARON:

- () Copia del acta de Nacimiento de ella
- () Copia de la constancia de ingresos
- () Documento que acredite su estado civil
- () Copia de la CURP de ella
- () Copia de la Credencial de Elector
- () Copia del Acta de Nacimiento de los Hij@s (menores de 15 Años)
- () Copia de la CURP de los Hij@s
- () Constancia de Estudios de los Hij@s
- () Original del Comprobante de Domicilio
- () Certificado Médico, en caso necesario.

Zacatecas, Zac., a _____ de _____ del 2017

RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA: _____
(Nombre y firma)

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

PROGRAMA ESTATAL "RESPONSABILIDAD DIFERENTE"

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

I.- DATOS GENERALES DE LA SOLICITANTE

1. Nombre: _____
Edad _____ Escolaridad _____
2. Se encuentra actualmente estudiando: Si _____ No _____ Qué: _____
3. Domicilio: Calle y Núm. _____
Colonia: _____ Localidad: _____
Municipio: _____
4. Tel. casa y/o Cel. _____ Tel. Referencia: _____
Correo Electrónico: _____
5. Años de residencia en la localidad: _____
6. Cuanto tiene en el programa: _____
7. Estado civil: _____ Ocupación actual: _____
8. En caso de no trabajar ¿Cómo solventa sus gastos? _____
- Sueldo mensual: _____ CURP: _____
9. Caso Especial: _____

II. INTEGRACION FAMILIAR

1.. NUMERO DE HABITANTES EN LA VIVIENDA _____

NUM	PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	OCUPACION
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

III. INGRESOS Y EGRESOS ECONÓMICOS

1. Recibe algún tipo de pensión SI _____ NO _____ Cual _____ Cuanto \$ _____
- 2.- Recibe algún otro tipo de apoyo Económico SI _____ NO _____ Cuanto \$ _____

3. EGRESOS

Servicios \$ _____ Educación \$ _____ Transporte \$ _____ Alimentación \$ _____ Otros \$ _____

IV. SALUD

1. Tiene seguro médico SÍ _____ NO _____

IMSS _____ ISSSTE _____ SEGURO POPULAR _____

2. ¿Usted o algún miembro de su familia presenta alguna Enfermedad Grave o discapacidad que dependa de usted?

SÍ _____ NO _____ Parentesco _____ Cuál: _____

3. Se encuentra en tratamiento médico SÍ _____ NO _____

V. PATRÓN ALIMENTARIO

1. Qué alimentos son los que consume con mayor frecuencia a la semana.

VI. VIVIENDA

1. Su vivienda es:

Propia _____ Prestada _____ ¿Quién se la presta? _____

Rentada _____ Cuanto \$ _____ Pagándola _____ Cuanto \$ _____

2. Número de habitaciones _____

Sala _____ Cocina _____ Comedor _____ Baño _____ Letrina _____

3. En cuanto al material de la vivienda:

Techo _____ Piso _____ Paredes _____

4. Bienes muebles con los que cuenta (Especificar si son propios o prestados):

Automóvil ()	Celular ()	Comedor ()	Camas ()
Sala ()	Microondas ()	Lavadora ()	
Televisión ()	DVD ()	Refrigerador ()	
Estéreo ()	Computadora ()	Estufa ()	

5. Servicios con los que cuenta la vivienda:

Gas _____ Agua _____ Luz _____ Drenaje _____ Teléfono _____

Cocina con leña _____ Sin servicios _____

Cable _____ Internet _____

OBSERVACIONES GENERALES:

RESPONSABLE DE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

(Nombre)

(Firma)

OBSERVACIONES VERIFICACION:

RESPONSABLE DE LA VERIFICACION

(Nombre)

DX _____

Lugar y fecha: _____