



### III. VIVIENDA Y SUS CARACTERÍSTICAS

<b>4. Estatus</b> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Invasión <input type="checkbox"/> Compartida		<b>5. Material En Techo</b> <input type="checkbox"/> Lámina de Cartón <input type="checkbox"/> Lámina Galvanizada <input type="checkbox"/> Palma, tejamil o madera <input type="checkbox"/> Teja <input type="checkbox"/> Losa de concreto, tabique, ladrillo <input type="checkbox"/> Otros _____		<b>6. Material en Muros</b> <input type="checkbox"/> Material de deshecho <input type="checkbox"/> Lámina de cartón <input type="checkbox"/> Lámina Galvanizada <input type="checkbox"/> Tabique, ladrillo, block <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Adobe		<b>7. Material en Pisos</b> <input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento o Firme <input type="checkbox"/> Mosaico, madera <input type="checkbox"/> Otro recubrimiento	
---	--	--	--	--	--	---	--

<b>8. Servicios</b> <input type="checkbox"/> Alumbrado <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Otros _____		<b>9. Distribución (número)</b> <input type="checkbox"/> Recámaras <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Baño		<b>10. Condiciones</b> <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Regulares <input type="checkbox"/> Malas		<b>11. Higiene</b> <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	
---	--	--	--	---	--	---	--

### IV. DATOS ECONÓMICOS

<b>12. Ingresos (mensuales)</b> Padre \$ _____ Madre \$ _____ Hijos \$ _____ Otros \$ _____ Total \$ _____		<b>13. Egresos (mensuales)</b> Alimentación \$ _____ Renta \$ _____ Servicios \$ _____ Teléfono \$ _____ Transporte \$ _____ Otros \$ _____		<b>14. Ocupación</b> <input type="checkbox"/> Jornalero o peón de campo <input type="checkbox"/> Albañil <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Profesionalista independiente <input type="checkbox"/> Empleada(o) Doméstica(o) <input type="checkbox"/> Ejidatario o Comunero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No respondió	
---	--	---	--	--	--

### V. SEGURIDAD SOCIAL Y DISCAPACIDAD

<b>15. ¿A qué institución está afiliado o inscrito para recibir servicios de salud?</b> <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE federal o estatal <input type="checkbox"/> Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> Institución Estatal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Oportunidades <input type="checkbox"/> PEMEX, Defensa o Marina		<b>16. ¿En el hogar hay personas con alguna de las siguientes discapacidades?</b> <input type="checkbox"/> Invidente <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Mudo <input type="checkbox"/> Problemas mentales <input type="checkbox"/> Falta una parte de sus piernas o brazos <input type="checkbox"/> Necesita ayuda de otra persona o de un aparato Especifique quién: _____	
---	--	--	--

### VI. APOYO SOLICITADO

<b>Observaciones:</b> _____ Nombre y Firma		<b>Sugerencias:</b> _____ Nombre y Firma		<b>Entrevistado:</b> _____ Nombre y Firma		<b>Nota</b> EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTASEAN CORROBORADOS.	
--	--	--	--	---	--	--	--