

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

At^n. Dra. Cristina Rodríguez de Tello  
Presidenta Honorífica del SEDIF

En virtud de que soy un Adulto Mayor, Tengo 70 años de edad cumplidos, no soy Jubilado (a) ni pensionado (a) y vivo en estado de vulnerabilidad; respetuosamente le solicito me incluya en el Programa "VIDAS DIFERENTES", para lo cual acepto entregar la documentación que me sea requerida, proporcionar toda la información que se solicite cuando se me aplique el estudio socioeconómico y aceptar los resultados del mismo ya sea que me favorezcan o no. Y acatar todo lo establecido en las Reglas de Operación del Programa.

Además, me comprometo, siempre que mi estado de salud lo permita a participar en los diferentes eventos que el Programa organice, porque sé que serán siempre para fortalecer mi Autoestima.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
(Nombre, firma y huella)

Teléfono: \_\_\_\_\_



**CENTENARIO**

1917 2017

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA**  
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

**SISTEMA DIF ESTATAL**

**PROGRAMA "VIDAS DIFERENTES"**

La información que brinde el entrevistado en el estudio socioeconómico es estrictamente confidencial y será únicamente manejada por el personal encargado del Programa.

**I. DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO**

|                              |                    |       |
|------------------------------|--------------------|-------|
| NOMBRE :                     |                    | EDAD: |
| DOMICILIO:                   |                    |       |
| Nº DE TELEFONO:              | DE QUIEN ES EL Nº: |       |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: |                    |       |
| ESTADO CIVIL:                |                    |       |
| ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS:    |                    |       |
| CLAVE DE ELECTOR:            | CURP:              |       |

**II. DATOS DEL REPRESENTANTE**

|                        |       |
|------------------------|-------|
| NOMBRE :               | EDAD: |
| DOMICILIO:             |       |
| Nº DE TELEFONO:        |       |
| PARENTESTO O AFINIDAD: |       |
| TRABAJO U OCUPACION:   |       |

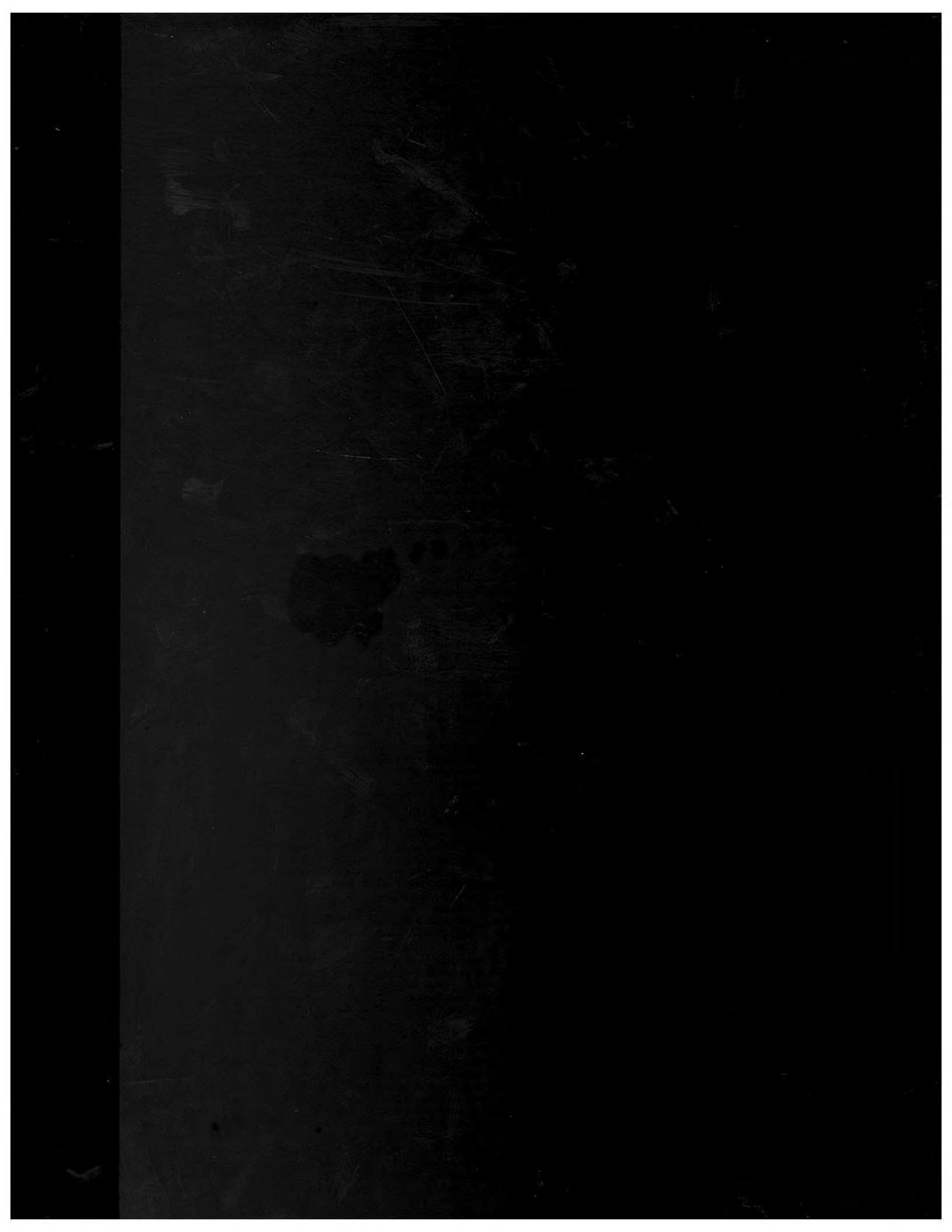
**III. FAMILIA**

| HIJOS (AS)            |   |       | CUANTOS VIVEN |
|-----------------------|---|-------|---------------|
| CUANTOS TUVO EN TOTAL |   |       |               |
| H                     | M | TOTAL |               |
|                       |   |       |               |

2. ¿Quién de ellos lo apoya económicamente? \_\_\_\_\_

3. ¿A quién de ellos apoya usted económicamente? \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

CIT OMNIA





#### IV. ECONOMIA

|  | SI | NO |                              |
|--|----|----|------------------------------|
| 1. Tiene jubilación o pensión por vejez          |    |    |                              |
| 2. Tiene pensión por invalidez o viudez          |    |    |                              |
| 3. Alquila o renta propiedades                   |    |    |                              |
| 4. Tiene el Programa Prospera                    |    |    |                              |
| 5. Pensión para Adultos Mayores ( SEDESOL )      |    |    |                              |
| 6. PROCAMPO                                      |    |    |                              |
| 7. Beca económica de alguna otra institución     |    |    | Cuánto y de que institución: |
| 8. Venta de productos y/o animales               |    |    | De qué tipo:<br>Ingreso:     |
| 9. Remesas (dinero que le envíen del extranjero) |    |    | Cuánto y cada cuando:        |
| 10. Cuántas hectáreas de riego tiene:            |    |    |                              |
| 11. Cuántas hectáreas de temporal tiene:         |    |    |                              |
| 12. Cuántas cabezas de ganado tiene:             |    |    |                              |
| 13. De qué clase es el ganado que tiene:         |    |    |                              |

14. Trabaja actualmente: ( ) SI en qué: cuánto percibe:  
( ) NO En qué distribuye ese ingreso:

#### V. SALUD

|   |
|---|
| 1. Tiene seguro médico SI ( ) NO ( )  |
| 2. Qué institución se lo proporciona:   |
| 3. El seguro médico es porque usted es o fue trabajador:  |
| 4. Si el seguro médico no es por usted, por parte de quién está asegurado:  |
| 5. Padece alguna de las siguientes enfermedades:<br>Cardiaca ( ) Hipertensión ( ) Diabetes ( ) Cáncer ( ) Osteoporosis ( ) Artritis ( )<br>VIH ( ) Asma ( ) Alergias ( ) Alguna otra : especifique: |
| 6. Se encuentra bajo tratamiento médico SI ( ) NO ( )   |
| 7. Presenta alguna de las siguientes discapacidades:<br>Ceguera ( ) Problemas del habla ( ) Sordera ( ) Mutilación ( ) Motriz ( )<br>Mental ( ) De otro tipo: especifique:                          |
| 8. Ya está en tratamiento? SI ( ) NO ( )  |



**VI. VIVE EN CASA:**

1.  Propia  
 Rentada  
 Prestada (quien se la presta \_\_\_\_\_)

2.- De cuantas habitaciones dispone Usted? \_\_\_\_\_

3.- De que mobiliario dispone Usted? \_\_\_\_\_

4.- De que servicio dispone Usted? \_\_\_\_\_

**VII. VIVIENDA (LLENARLO EN CASO DE QUE LA VIVIENDA PERTENEZCA AL BENEFICIARIO)**

|   |  |
|---|--|
| <p>1. Localización</p> <p>( ) zona centro<br/> ( ) fraccionamiento<br/> ( ) colonia<br/> ( ) asentamiento irregular</p>   | <p>2. El techo de su vivienda es de:</p> <p>( ) ladrillo<br/> ( ) losa<br/> ( ) madera<br/> ( ) lámina<br/> ( ) lona<br/> ( ) plástico<br/> ( ) cartón<br/> ( ) otros:</p>                     |
| <p>3. Su vivienda cuenta con:</p> <p>( ) local comercial<br/> ( ) 3 o más habitaciones<br/> ( ) 2 habitaciones<br/> ( ) 1 habitación<br/> ( ) sala<br/> ( ) comedor<br/> ( ) cocina<br/> ( ) baño<br/> ( ) cochera<br/> ( ) jardín<br/> ( ) patio trasero</p> | <p>4. Las paredes de su vivienda son de:</p> <p>( ) ladrillo<br/> ( ) block<br/> ( ) adobe<br/> ( ) lámina<br/> ( ) madera<br/> ( ) lona<br/> ( ) plástico<br/> ( ) cartón<br/> ( ) otros:</p> |
| <p>5. El piso de su vivienda es de:</p> <p>( ) cerámica<br/> ( ) madera<br/> ( ) vitropiso<br/> ( ) mosaico<br/> ( ) conglomerado<br/> ( ) cemento<br/> ( ) tierra<br/> ( ) otros:</p>  | <p>6. Qué muebles tiene:</p> <p>( ) sala ( ) microondas<br/> ( ) televisión ( ) con qué cocina<br/> ( ) cama<br/> ( ) comedor<br/> ( ) refrigerador<br/> ( ) estufa<br/> ( ) lavadora</p>      |
| <p>7. Con qué servicios cuenta su vivienda:</p> <p>( ) energía eléctrica<br/> ( ) agua potable<br/> ( ) drenaje<br/> ( ) gas<br/> ( ) sistema de cable<br/> ( ) internet<br/> ( ) sin servicios</p>   |  |

CIT OMNIA



( ) teléfono \_\_\_\_\_

**VIII. ALIMENTACION**

1. ¿Cada cuánto come carne roja?: \_\_\_\_\_
2. ¿Cada cuánto come pollo?: \_\_\_\_\_
3. ¿Cada cuánto come pescado?: \_\_\_\_\_
4. ¿Cada cuánto come verduras?: \_\_\_\_\_
5. ¿Cada cuánto come frutas?: \_\_\_\_\_ De qué tipo: \_\_\_\_\_
6. ¿Qué come diariamente? \_\_\_\_\_
7. ¿Qué carne, fruta o verduras NO COME por prescripción médica? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

Situación económica: MEDIA  BAJA  POBREZA EXTREMA

Situación referente a la salud: BUENA  REGULAR  MALA  PESIMA

Infraestructura de la vivienda: BUENA  REGULAR  MALA  PESIMA

**DIAGNOSTICO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SE ACEPTA COMO BENEFICIARIA

SI ( )

NO ( )

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de quien aplico: \_\_\_\_\_

CIT OMNIA