



DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE PROMOCION SOCIAL
DEPTO. FOMENTO PRODUCTIVO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA DE LEVANTAMIENTO: ___ DE _____ DEL 2017

MOTIVO POR EL CUAL SE PROPONE A CANCELACION

A) FALLECIMIENTO___ B) SALDO C/MONTO BAJO ___ C) PERDIDA DE CULTIVOS Y/O
MUERTE DE ANIMALES___ D) EXTREMA POBREZA___ E) INCAPACIDAD FISICA ___

1.- DATOS GENERALES

NOMBRE.....SEXO.....
EDAD.....

(Apellido Paterno, Materno y Nombre (s))

FECHA DE NACIMIENTO.....LUGAR DE NACIMIENTO.....
DD/MM/AA

ESTADO CIVIL.....ESCOLARIDAD.....OCUPACIÓN.....

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA

DOMICILIO.....

.....
Calle No. Cruzamientos Comisaría

C.P Ciudad Estado



3.- ESCOLARIDAD

¿CUAL FUE EL ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS QUE CURSO

NINGUNO.....
PRIMARIA INCOMPLETA.....
PRIMARIA COMPLETA.....
SECUNDARIA INCOMPLETA.....
CARRERA TECNICA.....
PREPARATORIA.....
UNIVERSIDAD Y MAS.....

A.- INGRESOS:

Padre..... MENSUAL
Madre..... MENSUAL
Hermanos..... MENSUAL
Otros Ingresos (Especificar)MENSUAL

INGRESO MENSUAL FAMILIAR: \$.....

4.- VIVIENDA

A.- TENENCIA DE LA VIVIENDA

Propia..... Rentada..... Prestada..... Hipotecada.....

B.- TIPO DE VIVIENDA

Casa Sola..... Departamento..... Dúplex..... Vecindario.....

C.- DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA

Cocina..... Sala..... Comedor..... Dormitorios..... Cuántos?
Baño:..... Privado..... Letrina..... Fecalismo al Aire Libre.....



D.- MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

Paredes: Block..... Mampostería..... Lámina de Cartón.....Lámina de Asbesto
Techos: Concreto..... Lámina de Asbesto..... Lámina de Cartón.....

Pisos: Mosaico..... Loseta..... Cemento..... Madera..... Tierra.....

Otros materiales (Especifique):

E.- MOBILIARIO

Televisión..... Estéreo..... DVD..... Computadora..... Refrigerador..... Horno de
Microondas..... Lavadora..... Centro de Lavado.....

5.- SALUD

A.- SERVICIOS MÉDICOS CON LOS QUE CUENTA LA FAMILIA:

IMSS.....

ISSSTE..... No.....

Centro de Salud..... Particular.....

B.- FRECUENCIA EN EL USO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS:

Una vez a la semana..... Mensualmente..... Anualmente..... Cuando se enferman.....

C.- ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Respiratorias..... Gastrointestinales..... Dermatológicas..... Neurológicas.....

Obesidad..... Diabetes Mellitus..... Otras (especificar)

NOMBRE Y FIRMA QUIEN REALIZÒ EL ESTUDIO

Vo. Bo.

JEFE DE FOMENTO PRODUCTIVO



Aviso de Privacidad Simplificado de Estudio Socioeconómico para cancelar créditos otorgados para proyectos productivos

El municipio de Mérida Yucatán, conocido como Ayuntamiento de Mérida, Mediante la Dirección de Desarrollo Social; es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación: Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, domicilio, ingresos, estado de salud y servicios médicos con los que cuenta, historial médico. Los datos personales que recabamos de usted en este momento, los utilizaremos para las siguientes finalidades: de cancelar el trámite del apoyo asistencial que usted solicita.

De manera Adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: capturarlo y generar datos estadísticos.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia Municipal, ubicada en calle cincuenta, número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, en la colonia centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán de ocho a catorce horas, previamente al tratamiento de los mismos.



Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: www.merida.gob.mx/avisodirecciones.