

CÉDULA SOCIOECONÓMICA

FOLIO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	FECHA
-------	-----------	-----------	-------

Hora de inicio: _____ Hora de fin: _____ Tipo de apoyo: _____

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

1- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

* El solicitante deberá ser una persona mayor de edad.

Nombre: _____ CURP: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)
 RFC: _____

Dirección: *Tipo de asentamiento: _____ *Tipo de vialidad: _____

Nombre del asentamiento: Nombre de la vialidad: No. ext. No. int. c.p.

Longitud: _____ Latitud: _____

Teléfono de casa: Teléfono celular: Correo electrónico:

Referencias: *Entre vialidad 1: _____ Nombre de la vialidad 1: _____

*Entre vialidad 2: _____ Nombre de la vialidad 2: _____

*Vialidad posterior: _____ Nombre de la vialidad posterior: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado de nac: _____ Municipio de nac: _____

Trabaja actualmente: Sí No *Ocupación: _____ Ingreso mensual: _____

Sexo: F M Estado civil: S C V D U SP SI Sabe leer y escribir: Sí No

Nivel de estudios:	Educación inicial ()	Jardín de niños ()	Primaria ()	Secundaria ()	Medio superior ()
	Técnico superior ()	Profesional ()	Posgrado ()	Otro ():	

Padece alguna enfermedad crónica: Sí No

Tipo de enfermedad: Cáncer () Hipertensión () Insuficiencia renal () Diabetes () Otro ():

Seguro médico:	IMSS ()	ISSSTE ()	PEMEX ()	Clínica u hospital privado ()	SSA (centro de salud) ()
	Seguro Popular ()	IPSSSET ()	Ninguno ()	Otro ():	

Padece alguna discapacidad: Sí No Tipo: Motriz () Auditiva () Visual () Mental () Lenguaje () Otro ():

Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () Carácter de la discapacidad: Temporal () Permanente ()

Causa de la discapacidad: Nacimiento () Enfermedad () Edad avanzada () Accidente () Otro ():

En este hogar, ¿Cuántas personas reciben sueldo? _____ Entre todos, ¿Cuánto ganan al mes? _____

¿Cuánto dinero destinan al mes en gasto de... a) Agua _____ b) Luz _____ c) Comida _____

d) Gas _____ e) Internet _____ f) Transporte _____ g) Renta _____

h) Colegiaturas _____ i) Otro: _____

2- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Su vivienda es: Propia () Rentada () Prestada () Otro ():

Los muros son de: Lámina () Madera () Block () Adobe () Ladrillo () Cartón () Vara con lodo ()
 Otro ():

El techo es de: Lámina () Teja () Palma () Cemento () Cartón () Madera () Otro ():

Los pisos son de: Tierra () Cemento () Mosaico () Madera () Otro ():

La vivienda cuenta con: Recámaras Sí No Cuántas: _____ Comedor Sí No Sala Sí No Cocina Sí No
 Letrina Sí No Regadera Sí No Sanitario Sí No Patio Sí No Cochera Sí No

¿La familia duerme en el mismo cuarto? Sí No

¿La familia duerme en el mismo cuarto donde cocinan los alimentos? Sí No

En esta vivienda el agua para beber es de: Red pública dentro de la vivienda () Una pila () Pozo de terreno ()
 Embotellada () Otro ():

En esta vivienda se obtiene luz de: Energía eléctrica () Calda solar () Lámpara de baterías ()
 Velas o veladoras () Otro ():

En esta vivienda tienen huerto familiar: Sí No ¿Le gustaría tener uno? Sí No

3- EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

En su vivienda cuenta con:	Lavadora ()	Refrigerador ()	Estufa ()	TV ()	Radio ()	Computadora ()
	Internet ()	Boiler ()	Grabadora ()	DVD ()	Celular ()	Línea telefónica ()
	Horno de microondas ()	Aire acondicionado ()	Ventilador ()	Otro ():		

Combustible que utiliza para cocinar: Leña () Carbón () Gas () Parrilla eléctrica () Otro ():

En este hogar, ¿tienen vehículo propio? Sí No ¿Cuántos? _____

4- INTEGRANTES DEL HOGAR

* No incluir al solicitante en esta sección.

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo:

Cáncer ()	Hipertensión ()	Insuficiencia renal ()
Diabetes ()	Otro ():	

1

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual:

Educación inicial ()	Jardín de niños ()	Primaria ()	Secundaria ()	Medio superior ()
Técnico superior ()	Profesional ()	Posgrado ()	Otro ():	

 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo:

Cáncer ()	Hipertensión ()	Insuficiencia renal ()
Diabetes ()	Otro ():	

2

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual:

Educación inicial ()	Jardín de niños ()	Primaria ()	Secundaria ()	Medio superior ()
Técnico superior ()	Profesional ()	Posgrado ()	Otro ():	

 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo:

Cáncer ()	Hipertensión ()	Insuficiencia renal ()
Diabetes ()	Otro ():	

3

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual:

Educación inicial ()	Jardín de niños ()	Primaria ()	Secundaria ()	Medio superior ()
Técnico superior ()	Profesional ()	Posgrado ()	Otro ():	

 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

Nota: Si son más de 3 integrantes continuar en el anexo 1, página 4.

ANEXO 1: INTEGRANTES DEL HOGAR

* No incluir al solicitante en esta sección.

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo: Cáncer () Hipertensión () Insuficiencia renal ()
 Diabetes () Otro ():

4

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual: Educación inicial () Jardín de niños () Primaria () Secundaria () Medio superior ()
 Técnico superior () Profesional () Posgrado () Otro ():
 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo: Cáncer () Hipertensión () Insuficiencia renal ()
 Diabetes () Otro ():

5

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual: Educación inicial () Jardín de niños () Primaria () Secundaria () Medio superior ()
 Técnico superior () Profesional () Posgrado () Otro ():
 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

Datos del integrante

* Revisar opciones en el catálogo del anexo 2, página 5.

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____ CURP _____
 RFC _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M *Estado civil: _____
 Estado de nacimiento: _____ Municipio de nacimiento: _____
 Parentesco con el solicitante: _____ *Ocupación: _____
 Padece alguna enfermedad crónica: Sí No Tipo: Cáncer () Hipertensión () Insuficiencia renal ()
 Diabetes () Otro ():

6

*Último nivel de estudios: _____
 ¿Estudia actualmente? Sí No - Si contesta afirmativamente contestar la sección a
 a) Sección solo para personas que estudian actualmente:
 Escolaridad actual: Educación inicial () Jardín de niños () Primaria () Secundaria () Medio superior ()
 Técnico superior () Profesional () Posgrado () Otro ():
 Nombre de la institución donde estudia: _____
 Turno: M V MIX TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____
 Localidad de la institución: _____ Peso: _____ Estatura: _____
 b) Sección solo para personas con discapacidad:
 ¿Padece alguna discapacidad?: Sí No *Tipo de discapacidad: _____ Carácter: Temporal () Permanente ()
 Grado de la discapacidad: Leve () Moderado () Severo () *Causa: _____

5- SALUD ALIMENTARIA

¿Cuántas comidas acostumbran hacer en su hogar? (desayuno, almuerzo, comida, cena) _____

¿Cuántos días a la semana consume...

- a) cereales y tubérculos? (arroz, harina, papa, camote, zanahoria, etc.) _____
- b) verduras? (chile, tomate, cebolla, calabaza, lechuga, etc.) _____
- c) frutas? (naranja, manzana, melón, sandía, etc.) _____
- d) leguminosas? (frijoles, chicharos, lentejas, soya, etc.) _____
- e) carne y huevo? _____
- f) lácteos? (leche, queso, yogurt, etc.) _____
- g) alimentos altos en grasa y/o azúcar? (embutidos, mayonesa, mantequilla, etc.) _____

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos/alimentos, ¿alguna vez usted o algún integrante de la familia ...

- a) tuvieron una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?

Sí	No
----	----
- b) dejaron de desayunar, comer o cenar?

Sí	No
----	----
- c) comieron menos de lo que usted piensa que debieron comer?

Sí	No
----	----
- d) se quedaron sin comida?

Sí	No
----	----
- e) se quedaron con hambre?

Sí	No
----	----
- f) solo comieron una vez al día o dejaron de comer todo un día?

Sí	No
----	----

¿Acostumbran a desayunar los integrantes menores de 15 años en este hogar?

Sí	¿Dónde?	En el hogar propio o con algún familiar o conocido ()	En la escuela, estancia o guardería ()	Otro lugar ():
No	¿Por qué?	No lo acostumbran ()	No les da hambre ()	No les alcanza el tiempo ()
Otro ():				

Observaciones generales: _____

AVISO DE PRIVACIDAD	
¿Quiénes somos?	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tamaulipas, mejor conocido como DIF Tamaulipas, con domicilio en Calzada Gral. Luis Caballero 297, entre Úrsulo Galván y Río San Juan, colonia Tamatán, en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, C.P. 87060, y portal de internet http://www.diftamaulipas.gob.mx/ , es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:
¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?	Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: ● Generación de un padrón de participantes y/o beneficiarios. ● Integración y seguimiento de expedientes.
¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?	Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en http://www.diftamaulipas.gob.mx/

VISTO BUENO

Entrevistador:

Entrevistado:

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 2: CATÁLOGOS

Tipo de vialidad:		
01 - Ampliación	11 - Continuación	21 - Viaducto
02 - Andador	12 - Corredor	22 - Ninguno
03 - Avenida	13 - Diagonal	23 - Carretera
04 - Boulevard	14 - Eje Vial	24 - Brecha
05 - Calle	15 - Pasaje	25 - Camino
06 - Callejón	16 - Peatonal	26 - Terracería
07 - Calzada	17 - Periférico	27 - Vereda
08 - Cerrada	18 - Privada	
09 - Circuito	19 - Prolongación	
10 - Circunvalación	20 - Retorno	

Tipo de asentamiento:			
1 - Aeropuerto	12 - Cuartel	23 - Privada	34 - Supermanzana
2 - Ampliación	13 - Ejido	24 - Prolongación	35 - Unidad
3 - Barrio	14 - Exhacienda	25 - Pueblo	36 - Unidad Habitacional
4 - Cantón	15 - Fracción	26 - Puerto	37 - Villa
5 - Ciudad	16 - Fraccionamiento	27 - Ranchería	38 - Zona Federal
6 - Ciudad Industrial	17 - Granja	28 - Rancho	39 - Zona Industrial
7 - Colonia	18 - Hacienda	29 - Región	40 - Zona Militar
8 - Condominio	19 - Ingenio	30 - Residencial	41 - Zona Naval
9 - Conjunto Habitacional	20 - Manzana	31 - Rinconada	42 - Ninguno
10 - Corredor Industrial	21 - Paraje	32 - Sección	43 - Zona Comercial
11 - Coto	22 - Parque Industrial	33 - Sector	44 - Localidad

Ocupación:				
1- Hogar	4- Empleado	7- Artesano	10- Pescador	13- Ganadero
2- Estudiante	5- Profesionista	8- Jubilado	11- Agricultor	14- Desempleado
3- Jornalero	6- Obrero	9- Campesino	12- Comerciante	15- Otro

Estado civil:	
1-Soltero (a)	5- Unidos
2-Casado (a)	6- Separados
3-Viudo (a)	7- Se ignora
4- Divorciado (a)	

Nivel de estudios:	
1- Educación inicial	6- Profesional
2- Jardín de niños	7- Técnico superior
3- Primaria	8- Posgrado
4- Secundaria	9- Otro (especificar)
5- Medio superior	

Tipo de discapacidad:	
1- Motriz	4- Intelectual
2- Auditiva	5- Lenguaje
3- Visual	6- Otro (especificar)

Causa de la discapacidad:	
1- Nacimiento	4- Accidente
2- Enfermedad	5- Otro (especificar)
3- Edad avanzada	