

FOLIO	MUNICIPIO	LOCALIDAD	FECHA

Hora de inicio: _____

Hora de fin: _____

Tipo de apoyo: _____

1- DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nota: El solicitante deberá ser una persona mayor de edad.

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

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

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

Fecha de nac: _____ día/mes/año Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Estado de nac: _____ Correo electrónico: _____

*Ocupación: _____ Ingreso mensual: _____

Sexo: H 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 discapacidad: Sí No *Tipo: Motriz () Auditiva (...) Visual (...) Mental () Lenguaje () 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: Número de cuartos: _____ Letrina Sí No Regadera con agua caliente Sí No Sanitario Sí No

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

3- INTEGRANTES DEL HOGAR

Nota: No incluir al solicitante en esta sección.

Datos del integrante

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 MI TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____

Localidad de la _____ 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

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	CURP
			RFC
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	*Estado civil: _____
Estado de nacimiento: _____		Municipio de nacimiento: _____	
Parentesco con el solicitante: _____		*Ocupación: _____	
Padece alguna enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 MI TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____

Localidad de la _____ 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

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	CURP
			RFC
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	*Estado civil: _____
Estado de nacimiento: _____		Municipio de nacimiento: _____	
Parentesco con el solicitante: _____		*Ocupación: _____	
Padece alguna enfermedad crónica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 MI TC Grado: _____ Grupo: _____ Clave escolar: _____

Localidad de la _____ 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 duplicar la pagina 2.

AVISO DE PRIVACIDAD

OBSERVACIONES	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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