|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |

1. **NIVEL EDUCATIVO DE TODOS LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL INGRESO FAMILIAR.**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de dependientes económicos del ingreso familiar incluyendo al solicitante y a los proveedores del ingreso familiar |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre completo
 | Solicitante |
|  |  |
| Primaria | Secundaria | Bachillerato | Técnica | Licenciatura | Posgrado |
| Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| Comparte el mismo domicilio familiar | Sí |  | No |  |
| Se encuentra estudiando actualmente | Sí |  | No |  |
| En caso afirmativo, monto mensual que paga de colegiatura |  |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre completo
 | Parentesco |
|  |  |
| Primaria | Secundaria | Bachillerato | Técnica | Licenciatura | Posgrado |
| Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| Comparte el mismo domicilio familiar | Sí |  | No |  |
| Se encuentra estudiando actualmente | Sí |  | No |  |
| En caso afirmativo, monto mensual que paga de colegiatura |  |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre completo
 | Parentesco |
|  |  |
| Primaria | Secundaria | Bachillerato | Técnica | Licenciatura | Posgrado |
| Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| Comparte el mismo domicilio familiar | Sí |  | No |  |
| Se encuentra estudiando actualmente | Sí |  | No |  |
| En caso afirmativo, monto mensual que paga de colegiatura |  |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre completo
 | Parentesco |
|  |  |
| Primaria | Secundaria | Bachillerato | Técnica | Licenciatura | Posgrado |
| Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada | Pública | Privada |
| Comparte el mismo domicilio familiar | Sí |  | No |  |
| Se encuentra estudiando actualmente | Sí |  | No |  |
| En caso afirmativo, monto mensual que paga de colegiatura |  |
| Observaciones |  |

En caso de ser necesario, agregar los campos requeridos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Alguno de los dependientes cuenta con apoyo para estudiar | Sí |  | No |  |

De ser afirmativa la respuesta, proporcione la siguiente información (agregar los campos necesarios):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre del beneficiario de los apoyos
 |  |
| Tipo de apoyos  | Beca |  | Crédito |  |
| Monto mensual |  | Institución que lo brinda |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre del beneficiario de los apoyos
 |  |
| Tipo de apoyos  | Beca |  | Crédito |  |
| Monto mensual |  | Institución que lo brinda |  |

1. **TIPO DE VIVIENDA**

|  |
| --- |
| Descripción de la vivienda |
| Casa |  | Departamento |  | Otro |  | Especificar |  |
| Propia |  | Rentada |  | Otro |  | Especificar |  |
| Hipotecada |  | Sí |  | No |  | Monto de la hipoteca |  |
| Monto del pago mensual de la renta |  |
| Nombre del quién suscribe el contrato |  |

|  |
| --- |
| Distribución de la vivienda |
| Cocina | Sí |  | No |  | Comedor | Sí |  | No |  |
| Estancia | Sí |  | No |  | Lugares de estacionamiento |  |
| Número de cuartos |  | Número de baños |  |
| Comentarios |  |

|  |
| --- |
| En caso de poseer algún otro bien inmueble conteste lo siguiente: |
| Tipo de inmueble |  |
| Valor aproximado |  |
| Domicilio |  |

1. **SERVICIO MÉDICO**

|  |
| --- |
| Descripción del servicio médico |
| IMSS |  | ISSSTE |  | Privado |  | Otros |  |
| En caso de privado y otros especifique |  |

1. **ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Actividades |  |  |  |  |  |
| Conciertos |  | Exposiciones |  | Cine |  |
| Conferencias |  | Teatro |  | Otros |  |
| Gastos aproximados mensuales |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vacaciones familiares |  |
| Periodos que se disfrutan al año |  |
| Lugares que se visitan |  |
| Gastos aproximados |  |

1. **TARJETAS DE CRÉDITO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del miembro familiar | Institución que otorga la tarjeta |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **GASTOS FAMILIARES (ESTIMADOS MENSUALES)**

|  |  |
| --- | --- |
| Concepto | Monto |
| Alimentos y despensa |  |
| Luz |  |
| Agua |  |
| Gas |  |
| Teléfono |  |
| Celular |  |
| Internet |  |
| T.V. de cable |  |
| Renta |  |
| Predio |  |
| Vigilancia |  |
| Pago a trabajadoras (es) del hogar |  |
| Seguro (auto, vida, personales) |  |
| Colegiaturas |  |
| Gastos médicos |  |
| Medicamentos |  |
| Libros, fotocopias |  |
| Transporte |  |
| Vestuario y calzado |  |
| Mantenimiento (auto, casa) |  |
| Gasolina |  |
| Préstamos bancarios |  |
| Autofinanciamientos |  |
| Membresías a clubes |  |
| Clases particulares  |  | Especificar |
|  |
| Servicio de streaming |  | Especificar cuántos y cuáles |
|  |
| Otros gastos |  | Especificar |
|  |
| Total mensual | $ |

1. **INGRESOS FAMILIARES (NETOS MENSUALES)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Ingresoscomprobables | Ingresos nocomprobables | Tipo de actividad económica \* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Total de ingresos | $ | $ |
| Suma mensual de ingresos comprobables y no comprobables | $ |

|  |
| --- |
| \* Actividad económica |
| A | Si trabaja en empresa o institución |
| B | Si trabaja por su cuenta |
| C | Si está pensionado |

|  |
| --- |
| Los abajo firmantes manifestamos que la información proporcionada es verídica y que estamos conscientes que cualquier información falsa o inexacta cancela la solicitud |
| Declaro bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada es verídica |
|  |  |
| Nombre del solicitante | Nombre del padre, madre o tutor |
|  |  |
| Firma del solicitante | Firma del padre, madre o tutor |