|  |
| --- |
| **Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA)**: [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] |
| **Folio de la Tarjeta Impulso** *(opcional):* |
| 1. **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**
 |
| **Nombre(s):**  |
| **Primer apellido: Segundo Apellido:** |
| **Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA):** [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] **Edad:** |
| **Sexo: M** ( )  **H** ( ) **Entidad de nacimiento:**  |
| **CURP:** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  |
| **RFC***(opcional)***:** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **Estado civil:** Unión libre( ) Casada(o)( ) Separada(o)( ) Divorciada(o)( ) Viuda(o)( ) Soltera(o)( ) |
| **Parentesco con Jefa(e) del hogar:** Jefa(e) del hogar( ) Esposa(o) ( ) Compañera(o)( ) Hija(o)( ) Nieta(o)( ) Nuera o yerno ( ) Madre o padre( ) Suegra(o) ( ) Otro parentesco ( ) Sin parentesco ( ) |
| **¿Cuántas hijas e hijos tiene usted?** Número de hijas [\_\_\_] Número de hijos [\_\_\_] No tengo hijas(os) ( ) |
| 1. **DATOS DE CONTACTO**
 |
| **Teléfono celular:** [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] |
| **Correo electrónico:**  @ |
| **Teléfono fijo** *(opcional)***:** [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] |
| **Teléfono de recados** *(opcional)***:** [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] |
| 1. **DATOS DE PADRE, MADRE, TUTOR(A) O PERSONA ACOMPAÑANTE (en caso de aplicar)**
 |
| **Parentesco con la persona solicitante:** Padre( ) Madre( ) Tutor(a) legal( ) Persona acompañante por alguna discapacidad ( ) |
| **Nombre(s):**  |
| **Primer apellido: Segundo Apellido:** |
| **Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA):** [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] / [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] **Edad:** |
| **Sexo: M** ( )  **H** ( ) **Entidad de nacimiento:**  |
| **CURP** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  |
| **Teléfono celular:** [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] - [\_\_] [\_\_] [\_\_] [\_\_] |
| **Correo electrónico:**  @ |
| 1. **DATOS DE DOMICILIO**
 |
| **Estado: Municipio:** |
| **Localidad:Código Postal:**   |
| **Colonia:**   |
| **Calle: No. Exterior:** **No. Interior:**  |
| **Referencias:**  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL HOGAR**
 |
| 1. **¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen gastos separados para comer contando el de usted dentro de su vivienda?**
 | |\_\_\_\_|\_\_\_\_|**Total de Hogares** |
| 1. **Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas forman parte de su hogar?**
 |  [\_\_\_|\_\_\_] [\_\_\_|\_\_\_] Número de Mujeres Número de Hombres  |
| 1. **Incluyéndose usted, ¿Hay personas menores de 18 años que forman parte de su hogar?**
 | Si | **1** |
| No | **2** |
| 1. **Incluyéndose usted, ¿Hay personas de 65 años o más que forman parte de su hogar?**
 | Si | **1** |
| No | **2** |
| 1. **La persona jefa de familia es:**
 |  **Mujer** ( )  **Hombre** ( ) |
| 1. **SALUD**
 |
| 1. **¿En qué institución está usted afiliado o inscrito o tiene acceso a atención médica:**

(Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas) |
| Del Seguro Social IMSS? | **1** | Del INSABI (antes Seguro Popular) ? | **6** |
| Del IMSS facultativo para estudiantes? | **2** | De un seguro privado? | **7** |
| Del ISSSTE? | **3** | En otra institución? | **8** |
| Del ISSSTE estatal? | **4** | No tienen derecho a servicios médicos? | **9** |
| PEMEX, Defensa o Marina? | **5** |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **¿A usted o algún integrante de su hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico?** (Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas. En caso de que ningún integrante haya sido diagnosticado, marque la opción 16)
 |
| Artritis Reumatoide  | **1** | Hipertensión arterial | **9** |
| Cáncer | **2** | Obesidad | **10** |
| Cirrosis Hepática | **3** | Adicción de ingestión de sustancias (Drogas) | **11** |
| Insuficiencia renal | **4** | Adicciones de la conducta (Juego, internet) | **12** |
| Diabetes Mellitus | **5** | Depresión | **13** |
| Cardiopatías | **6** | Ansiedad | **14** |
| Enfermedad Pulmonar Crónica  | **7** | Trasplante de órganos | **15** |
| Deficiencia nutricional (desnutrición) | **8** | Ninguna | **16** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **En su vida diaria, ¿Usted o algún integrante del hogar tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:**

(Lea las opciones y cruce un código para cada opción) | **CÓDIGO PARA GRADO DE DIFICULTAD** |
| **No tiene dificultad** | **Lo hace con poca dificultad** | **Lo hace con mucha dificultad** | **No puede hacerlo** |
| ¿Caminar, moverse, subir o bajar?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Ver, aun usando lentes?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Hablar, comunicarse o conversar?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Oír, aun usando aparato auditivo?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Vestirse, bañarse o comer?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Recordar, poner atención o aprender cosas sencillas?  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿mover o usar brazos o manos? | **1** | **2** | **3** | **4** |
| ¿Usted o algún integrante del hogar tiene alguna limitación mental?  | Si | **1** |
| No | **2** |

|  |
| --- |
| 1. **EDUCACIÓN**
 |
| 1. **Actualmente ¿Usted asiste a la escuela? y ¿cuál es el último NIVEL Y GRADO que aprobó?**

(Anote el código que corresponda a cada opción) |
| Asiste [\_\_\_\_] | Nivel [\_\_\_\_] | Grado [\_\_\_\_] |
| Si……..1No…….2 | Kínder o preescolar…………..1 | Carrera técnica o comercial con primaria completa………....6 | 1 años……….1 |
| Primaria………………………..2 | Carrera técnica o comercial con secundaria completa……...7 | 2 años…….…2 |
| Secundaria…………………….3 | Carrera técnica o comercial con preparatoria completa…….8 | 3 años……….3 |
| Preparatoria o bachillerato…..4 | Profesional………………………………………………………..9 | 4 años……….4 |
| Normal básica………………...5 | Posgrado (maestría o doctorado)…………………………….10 | 5 años……….5 |
|  | Ninguno………………………………………………………….11 | 6 años……….6 |
| 1. **INGRESOS**
 |
| 1. **Durante la semana pasada ¿usted …** (Lea las opciones y cruce una respuesta)
 |
| Trabajó (por lo menos una hora) | **1** | Es pensionada(o) o jubilada(o) | **4** |
| Tenía trabajo, pero no trabajó | **2** | Es estudiante | **5** |
| Buscó trabajo | **3** | Se dedica a los quehaceres de su hogar | **6** |
| 1. **¿Alguien en su hogar le dieron las siguientes prestaciones por parte de su trabajo, aunque no las hayan utilizado?**

(Lea las opciones y marque la o las prestaciones con las que cuentan) |
| Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad | 1 | SAR o AFORE | 5 |
| Aguinaldo | 2 | Seguro de vida | 6 |
| Crédito de vivienda | 3 | No tienen prestaciones provenientes de su trabajo | 7 |
| Guarderías y estancias infantiles | 4 |  |  |
| 1. **Durante el mes pasado, ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar?**
 | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_]Anote la cantidad en pesos |
| 1. **¿Cuál es la cantidad total mensual que recibe su hogar por pensión, jubilación o programas gubernamentales?**
 | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] Anote la cantidad en pesos |
| 1. **¿En su hogar cuánto dinero proveniente de otros países recibe mensualmente?**
 |  [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_]Anote la cantidad en dólares |
| 1. **GASTO**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Regularmente ¿cuánto gastan y cada cuanto en su hogar en...

 Cada semana…….1 Cada mes...............2 Cada dos meses…3 Cada tres meses…4 Cada seis meses…5 Cada año………….6 | Anote la cantidad en pesos | Anote código de periodicidad |
| La compra de alimentos y bebidas (cereales, carnes, pescados y mariscos, leche, huevo, aceite, verduras, legumbres, frutas, azúcar, chocolate)?  |  [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| La compra o reparación de vestido o calzado?  | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| La compra de artículos y servicios de educación (inscripción, colegiatura, útiles escolares, etc.)?  | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| La compra de medicinas? | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| Consultas médicas? | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| Combustibles (gas, petróleo, gasolina, carbón, leña) ? | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| Servicios básicos (Luz eléctrica y agua) | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |
| Servicios de recreación (Cines, Teatros, Espectáculos, Museos, Ferias, Juegos Mecánicos, etc) | [\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] | [\_\_\_\_] |

|  |
| --- |
| 1. **ALIMENTACIÓN**
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿Alguna vez usted o algún integrante de su hogar…** (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)
 | **Si** | **No** |
| Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? | **1** | **0** |
| Comió menos de lo que debía? | **1** | **0** |
| Tuvieron que disminuirle la cantidad servida en las comidas? | **1** | **0** |
| Sintió hambre pero no comió? | **1** | **0** |
| Se acostó con hambre? | **1** | **0** |
| Sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día? | **1** | **0** |

|  |
| --- |
| 1. **VIVIENDA**
 |
| 1. **Incluyéndose usted ¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda, contando a las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad?**
 | [\_\_\_|\_\_\_]Número de personas |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (No cuente ni pasillos ni baños)**
 | [\_\_\_|\_\_\_]Número de cuartos |
| 1. **¿La vivienda que habita es…**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| Propia y totalmente pagada con escrituras | **1** | Rentada o alquilada | **5** |
| Propia y totalmente pagada sin escrituras | **2** | Prestada o la está cuidando | **6** |
| Propia y la está pagando | **3** | Intestada o está en litigio | **7** |
| Propia y está hipotecada | **4** |  |
| 1. **¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda?**

(Lea las opciones y cruce un código) | Cemento o firme | **1** |
| Madera, mosaico u otro recubrimiento | **2** |
| Tierra | **3** |
| 1. **¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda?**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| Tabique, ladrillo, cantera, cemento, concreto, block o piedra | **1** | Embarro o bajareque | **5** |
| Adobe | **2** | Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc) | **6** |
| Lámina de asbesto o metálica | **3** | Madera | **7** |
| Lámina de cartón | **4** | Carrizo, bambú o palma | **8** |
| 1. **¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda?**

(Lea las opciones y cruce un código) |  |
| Losa de concreto o vigueta con bovedilla | **1** | Terrado con viguería  | **6** |
| Lámina de asbesto | **2** | Madera o tejamanil | **7** |
| Lámina metálica | **3** | Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc) | **8** |
| Teja | **4** | Palma o paja  | **9** |
| Lámina de cartón | **5** | Lámina de fibrocemento | **10** |
| 1. **¿En su vivienda tienen…**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| Agua entubada dentro de la vivienda? | **1** | Agua de pipa? | **5** |
| Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno? | **2** | Agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra? | **6** |
| Agua entubada de llave pública (o hidrante)? | **3** | Agua captada de lluvia u otro medio? | **7** |
| Agua entubada que acarrean de otra vivienda? | **4** | de otro lugar? | **8** |
| 1. **¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a...**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| La red pública? | **1** | Una tubería que va a dar a una barranca o grieta? | **4** |
| Una fosa séptica? | **2** | Una tubería que va a dar a un río, lago o mar? | **5** |
| No tiene drenaje ni desagüe? | **3** | Biodigestor? | **6** |
| 1. **En su vivienda ¿La luz eléctrica la obtienen…**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| Del servicio público? | **1** | De una planta particular? | **4** |
| No tienen luz eléctrica? | **2** | De panel solar? | **5** |
| De otra fuente? | **3** |  |
| 1. **¿El combustible que más usan para cocinar es...**

(Lea las opciones y cruce un código) |
| Gas de cilindro o tanque (estacionario)? | **1** | Gas natural o de tubería? | **4** |
| Leña o carbón con chimenea? | **2** | Electricidad?  | **5** |
| Leña o carbón sin chimenea? | **3** | Otro combustible?  | **6** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿En esta vivienda tienen y funciona…

(Lea las opciones y cruce un código para cada opción) | Si | No |
| Refrigerador  | **1** | **0** |
| Lavadora  | **1** | **0** |
| Computadora, laptop o tablet  | **1** | **0** |
| Estufa / parrilla de gas  | **1** | **0** |
| Calentador de agua o boiler (Gas, eléctrico o leña)  | **1** | **0** |
| Calentador de agua/ solar  | **1** | **0** |
| Televisión digital | **1** | **0** |
| Internet  | **1** | **0** |
| Teléfono móvil o celular  | **1** | **0** |
| Tinaco  | **1** | **0** |

|  |
| --- |
| 1. **PERCEPCIÓN**
 |
| 1. **¿En términos de delincuencia, considera que vivir en su colonia o localidad es...** (Lea las opciones y cruce un código)
 |
| Seguro? | **1** | Inseguro? | **2** |