

CUESTIONARIO SOCIOECONÓMICO

INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUICHAPAN

FECHA: _____ / _____ / 2018

FOTOGRAFÍA

INSTRUCCIONES:

1. Escriba con letra de molde.
2. Llenar con bolígrafo.
3. Entregar este documento en la fecha y lugar señalados en la convocatoria.
4. Los datos proporcionados deberán ser contestados con veracidad.
5. La información proporcionada estará sujeta a verificación.

Apellido paterno, materno y nombre(s):			
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ día mes año
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) o Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>			

Domicilio del lugar de residencia actual del solicitante: (Familia)	Colonia:
---	----------

Código Postal:	Teléfono:	Correo Electrónico:
----------------	-----------	---------------------

Municipio:	Localidad:	Estado:
------------	------------	---------

Domicilio del lugar de residencia actual del solicitante: (Renta)	Colonia:
---	----------

Municipio:	Localidad:	Estado:
------------	------------	---------

Nombre de la escuela en que estudió el bachillerato o preparatoria:	Municipio:	Estado:	Año de egreso:	Promedio:
---	------------	---------	----------------	-----------

Nombre de la escuela en que estudió la secundaria:	Municipio:	Estado:	Año de egreso:	Promedio:
--	------------	---------	----------------	-----------

¿En qué grado (semestre) estás?	Promedio General:
---------------------------------	-------------------

INTEGRACION FAMILIAR

Nombre del Padre, Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:
--	-------	------------

Nombre de la Madre, Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:
--	-------	------------

Nombre hijo (a) Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:
Nombre hermano (a) Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:
Nombre hermano (a) Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:
Nombre hermano (a) Apellido paterno, materno y nombre(s):	Edad:	Ocupación:

1. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS DE SUS PADRES Y HERMANOS MAYORES AUNQUE HAYAN FALLECIDO? (ESCOJA SÓLO UNA OPCIÓN EN CADA COLUMNA)

	PADRE	MADRE	HERMANOS MAYORES		
			A	B	C
NO LEE NI ESCRIBE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRIMARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITACIÓN TÉCNICA O COMERCIAL DESPUÉS DE PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITACIÓN TÉCNICA O COMERCIAL DESPUÉS DE SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO PROFESIONAL INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉCNICO PROFESIONAL COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACHILLERATO O PREPARATORIA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BACHILLERATO O PREPARATORIA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMAL INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMAL COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LICENCIATURA O CARRERA INCOMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LICENCIATURA O CARRERA COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSGRADO INCOMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSGRADO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO LO SÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN DE LOS PADRES (AUNQUE HAYAN FALLECIDO) Y PROPIA? (ESCOJA SÓLO UNA OPCIÓN EN CADA COLUMNA)

	PADRE	MADRE	USTED
NO TRABAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO O GERENTE (NIVEL DIRECTIVO CON PERSONAL A SU CARGO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DUEÑO DE NEGOCIO, EMPRESA, DESPACHO O COMERCIO ESTABLECIDO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESIONAL QUE EJERCE POR SU CUENTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROFESOR, INVESTIGADOR O ARTISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BURÓCRATA O MIEMBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMPLEADO DE CONFIANZA O PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OFICINISTA O SECRETARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBRERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDEDOR EN COMERCIO O EMPRESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDEDOR POR SU CUENTA O AMBULANTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GANADERO, AGRICULTOR O SIMILARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAMPESINO, JORNALERO, PESCADOR O SIMILARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRABAJADOR DE OFICIO CON PERSONAL AUXILIAR A SU CARGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEÓN, AYUDANTE, SIRVIENTE O MOZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUBILADO O PENSIONADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LABORES DEL HOGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO LO SÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRA. ¿CUÁL? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿ACTUALMENTE CON QUIÉN VIVE USTED? (ESCOJA SÓLO UNA) :

PADRE Y/O MADRE Y/O HERMANOS	<input type="checkbox"/>
CÓNYUGE O PAREJA Y/O HIJOS	<input type="checkbox"/>
OTROS FAMILIARES	<input type="checkbox"/>
COMPAÑEROS DE TRABAJO O ESTUDIO	<input type="checkbox"/>
CASA DE ASISTENCIA	<input type="checkbox"/>
SOLO	<input type="checkbox"/>
OTRA. ¿CUÁL? _____	<input type="checkbox"/>

4. ¿QUIÉN ES SU PRINCIPAL APOYO O SUSTENTO ECONÓMICO? (ESCOJA SÓLO UNA) :

PADRE	<input type="checkbox"/>
MADRE	<input type="checkbox"/>
HERMANOS	<input type="checkbox"/>
CÓNYUGE O PAREJA	<input type="checkbox"/>
YO MISMO	<input type="checkbox"/>
OTRA(S) PERSONA(S)	<input type="checkbox"/>
HERMANOS Y/O YO MISMO	<input type="checkbox"/>
PADRE Y MADRE	<input type="checkbox"/>
PADRE Y/O MADRE Y/O HERMANOS	<input type="checkbox"/>
PADRE Y/O MADRE Y/O YO MISMO	<input type="checkbox"/>
CÓNYUGE O PAREJA Y YO MISMO	<input type="checkbox"/>

5. ¿CUÁNTAS PERSONAS INCLUYÉNDOLO A USTED DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DE SU PRINCIPAL APOYO O SUSTENTO? (ESCOJA SÓLO UNA) :

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ MÁS DE ⑥

6. LA CASA DONDE HABITA REGULARMENTE ES: (ESCOJA SÓLO UNA) :

PROPIA	<input type="checkbox"/>
SE ESTÁ PAGANDO	<input type="checkbox"/>
RENTADA	<input type="checkbox"/>
OTRA SITUACIÓN. ¿CUÁL? _____	<input type="checkbox"/>

7. ¿CUÁNTOS CUARTOS TIENE ESA CASA SIN CONTAR BAÑOS, COCINA Y PASILLOS? (ESCOJA SÓLO UNA) :

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ MÁS DE ⑥

8. ¿CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN ESA CASA? (ESCOJA SÓLO UNA):

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ MÁS DE ⑥

9. TU FAMILIA SE ENCUENTRA EN EL PADRÓN DE FAMILIAS DE OPORTUNIDADES?

SI NO

10. MARQUE LOS BIENES Y SERVICIOS DE QUE DISFRUTA EN ESA CASA:

TELÉFONO	<input type="checkbox"/>	RECOLECCIÓN PERIÓDICA DE BASURA	<input type="checkbox"/>
DRENAJE	<input type="checkbox"/>	AUTOMÓVIL FAMILIAR O PROPIO	<input type="checkbox"/>
AGUA CORRIENTE	<input type="checkbox"/>	VIDEOGRABADORA	<input type="checkbox"/>
CALENTADOR DE AGUA	<input type="checkbox"/>	CABLEVISIÓN, MULTIVISIÓN O ANTENA PARABÓLICA	<input type="checkbox"/>
ALUMBRADO PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	COMPUTADORA	<input type="checkbox"/>
CALLES PAVIMENTADAS	<input type="checkbox"/>	CELULAR	<input type="checkbox"/>
RADIO	<input type="checkbox"/>	LICUADORA	<input type="checkbox"/>
TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/>	REFRIGERADOR	<input type="checkbox"/>

11. ¿A CUÁNTO ASCIENDEN LOS INGRESOS MENSUALES FAMILIARES? ANOTA LA CANTIDAD:

PADRE	\$
MADRE	\$
USTED	\$
HERMANOS	\$
OTROS	\$
TOTAL	\$

12. A CUÁNTO ASCIENDEN LOS EGRESOS MENSUALES FAMILIARES? ANOTA LA CANTIDAD:

RENTA DE CASA	\$
ALIMENTACIÓN	\$
VESTIDO	\$
TRANSPORTE	\$
COLEGIATURA	\$
AGUA	\$
ELECTRICIDAD	\$
GAS P/ COMBUSTIBLE	\$
TELÉFONO	\$
OTROS	\$
TOTAL	\$

13. EN QUE MEDIO TE TRANSPORTAS AL ITESHU:	
TRANSPORTE PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
AUTOMOVIL PROPIO	<input type="checkbox"/>
CAMINANDO	<input type="checkbox"/>
BICICLETA	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>

14. ¿ACTUALMENTE TIENE TRABAJO POR EL QUE RECIBA INGRESOS?	
SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

16. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA?	
MENOS DE 10	<input type="checkbox"/>
DE 11 A 20	<input type="checkbox"/>
DE 21 A 30	<input type="checkbox"/>
DE 31 A 40	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 40	<input type="checkbox"/>

15. SU TRABAJO ES:	
PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
TEMPORAL	<input type="checkbox"/>

17. ¿EL SOLICITANTE HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?:	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

18. ¿CUÁL?	
NÁHUATL	<input type="checkbox"/>
OTOMÍ	<input type="checkbox"/>
TEPEHUA	<input type="checkbox"/>
ZAPOTECO	<input type="checkbox"/>
OTRA: _____	<input type="checkbox"/>

19. ¿EL SOLICITANTE PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?	
SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

20. ¿CUÁL?	
VISUAL	<input type="checkbox"/>
AUDITIVA	<input type="checkbox"/>
MOTORA	<input type="checkbox"/>
PSICOMOTORA	<input type="checkbox"/>
OTRA: _____	<input type="checkbox"/>

21. INDICA LA CARRERA QUE ESTAS ESTUDIANDO:	
Ing. Sistemas Computacionales	<input type="checkbox"/>
Ing. Industrial	<input type="checkbox"/>
Ing. Mecatrónica	<input type="checkbox"/>
Ing. Gestión Empresarial	<input type="checkbox"/>
Ing. en Administración	<input type="checkbox"/>
Arquitectura	<input type="checkbox"/>
Ing. en Energías Renovables	<input type="checkbox"/>
Ing. en Innovación Agrícola Sustentable	<input type="checkbox"/>

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE INSTITUCIONAL QUE DA FE QUE LA INFORMACIÓN ASENTADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERÍDICA
--