|  |  |
| --- | --- |
| UPZ LOGO THE ONE 4 | **UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE ZACATECAS****PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO** **ENERO-ABRIL 2020****SOLICITUD** |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| Apellidos | Carrera | Grado | Matrícula |
| Nombre(s) | Fecha de nacimiento  | Estado Civil | Sexo  (M / F) |
| Domicilio | Teléfono (casa paterna) | Móvil  |
| Localidad | C.P. | Estado |
| **DATOS FAMILIARES** |
| Apellidos y nombre(s) de padre y madre | Edad | Ocupación | Lugar detrabajo | Ingreso Mensual (bruto) | Convive |
|  |  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  |  | SI | NO |
| Apellidos y nombre(s) de hermanos | Edad | Ocupación | Nivel de estudios | Convive |
|  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  | SI | NO |
| ¿Alguno de tus hermanos estudia fuera de su localidad? | SI | NO | ¿Dónde?  |
| **INGRESOS ADICIONALES** |
| Apellidos y nombre(s) | Edad | Relación | Ocupación | Lugar detrabajo | Ingreso Mensual (bruto) | Convive |
|  |  |  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  |  |  | SI | NO |
|  |  |  |  |  |  | SI | NO |
| ***SUMA TOTAL DE INGRESOS MENSUALES*** | **$** |
| **OTROS DATOS** |
| **Tipo de vivienda familiar (marcar con una X)** | **Especificaciones de la vivienda** |
| * Casa propia
* Casa rentada
* Departamento
 | * Cuarto ó pensión
* Casa de huéspedes
* Préstamo o cesión
 | * Número total de cuartos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Número total de focos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Material de construcción \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sistema de drenaje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Pago Mensual de servicios en *casa paterna* (anexar comprobantes (*anexar comprobantes originales)*** |
| 1. Renta $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Comida $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Agua $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Luz $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | 1. Gas $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Teléfono $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Cable $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Internet $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Total pago mensual de servicios ***(anexar comprobantes).*** $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Bienes familiares** |
| Bienes inmuebles* Casa
* Terreno
* Tierras
 | Vehículo (s)* Marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Modelo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Gasto Mensual derivado de bienes inmuebles: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Gasto mensual derivado de vehículo (s) $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Tipo de institución escolar en la que estudian los hermanos del solicitante** (Marcar con una X) |
| Escuela* Pública
* Privada
 | Se cuenta con algún tipo de beca:* Beca Completa
* Beca parcial
* Beca-préstamo
* No cuenta con beca
 | Gasto mensual Esc. Pública $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Esc. Privada $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Vivienda provisional del estudiante, en caso de ser foráneo (marcar con X)** |
| * Casa Propia
* Casa rentada
* Préstamo ó cesión
 | * Departamento
* Cuarto ó pensión
* Casa de huéspedes
 | Servicios con que cuenta:* Agua
* Luz
* Gas
* Drenaje
* Internet
 | Gasto total mensual por vivienda y servicios.$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Medio de transporte utilizado para llegar a la institución (UPZ)** |
| * Transporte escolar
* Transporte público
* Vehículo particular
 | * Taxi
* Bicicleta
* Caminando
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Gasto mensual en transporte$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Si trabajas y estudias al mismo tiempo especifica:** |
| Tu lugar de trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Tu Ingreso Promedio Mensual:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Marque una X si usted o alguien de su familia realizan alguna de estas actividades fuera del ámbito escolar.** |
| * Idiomas
* Danza
* Gimnasia
 | * Natación
* Basquetbol
 | * Futbol
* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Especificar gasto mensual para este rubro$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Cobertura de salud (marcar con X)** |
| * IMSS
* ISSSTE
* Seguro Popular
 | * Seguro de gastos médicos privado
* Otro
* No tiene
 | Especificar gasto mensual para este rubro$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Algún miembro del grupo familiar sufre de una enfermedad crónico-degenerativa.** (Marcar con una X) |
| * **SI**
* **NO**
 | Diagnóstico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Especificar gasto mensual ***(anexar comprobantes).***$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Algún miembro del grupo familiar sufre alguna discapacidad?** |
| * **SI**
* **NO**
 | Diagnóstico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Especificar gasto mensual ***(anexar comprobantes).***$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Explique concretamente ¿por qué considera que es candidato para este apoyo?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **VALIDACIÓN EXCLUSIVA DE SERVICIOS ESCOLARES****(Pasar al departamento de servicios escolares y solicitar la validación de la siguiente información)** |
| 1. *El alumno solicitante cuenta con otro tipo de beca o apoyo SI ( ) NO ( ) Cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. *Ocupación del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
3. *Ingreso Promedio mensual reportado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Sello de Servicios escolares*** |

**YO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EN PLENO USO DE MIS FACULTADES, DOY FE DELOS DATOS PRESENTADOS EN ESTA SOLCITUD SON VERIDICOS, REALES Y COMPROBABLES POR CUALQUIER INSTANCIA EDUCATIVA O CIVIL.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**