



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE ZACATECAS**  
**PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO**  
**SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2019**  
**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 de trabajo	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 de trabajo	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
<input type="radio"/> Casa propia <input type="radio"/> Cuarto ó pensión <input type="radio"/> Casa rentada <input type="radio"/> Casa de huéspedes <input type="radio"/> Departamento <input type="radio"/> Préstamo o cesión	<input type="radio"/> Número total de cuartos _____ <input type="radio"/> Número total de focos _____ <input type="radio"/> Material de construcción _____ <input type="radio"/> Sistema de drenaje _____

**Pago Mensual de servicios en *casa paterna* (anexar comprobantes (*anexar comprobantes originales*))**

1. Renta      \$ _____	5. Gas              \$ _____	Total pago mensual de servicios <b><i>(anexar comprobantes).</i></b> \$ _____
2. Comida    \$ _____	6. Teléfono      \$ _____	
3. Agua        \$ _____	7. Cable            \$ _____	
4. Luz          \$ _____	8. Internet        \$ _____	

Bienes familiares			
Bienes inmuebles <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Terreno <input type="radio"/> Tierras	Vehículo (s) <input type="radio"/> Marca _____ <input type="radio"/> Modelo _____ <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada	Se cuenta con algún tipo de beca: <input type="radio"/> Beca Completa <input type="radio"/> Beca parcial <input type="radio"/> Beca-préstamo <input type="radio"/> No cuenta con beca	Gasto mensual Esc. Pública \$ _____ Esc. Privada \$ _____	
Vivienda provisional del estudiante, en caso de ser foráneo (marcar con X)			
<input type="radio"/> Casa Propia <input type="radio"/> Casa rentada <input type="radio"/> Préstamo ó cesión	<input type="radio"/> Departamento <input type="radio"/> Cuarto ó pensión <input type="radio"/> Casa de huéspedes	Servicios con que cuenta: <input type="radio"/> Agua <input type="radio"/> Luz <input type="radio"/> Gas <input type="radio"/> Drenaje <input type="radio"/> Internet	Gasto total mensual por vivienda y servicios. \$ _____
Medio de transporte utilizado para llegar a la institución (UPZ)			
<input type="radio"/> Transporte escolar <input type="radio"/> Transporte público <input type="radio"/> Vehículo particular	<input type="radio"/> Taxi <input type="radio"/> Bicicleta <input type="radio"/> Caminando <input type="radio"/> 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.			
<input type="radio"/> Idiomas <input type="radio"/> Danza <input type="radio"/> Gimnasia	<input type="radio"/> Natación <input type="radio"/> Basquetbol	<input type="radio"/> Futbol <input type="radio"/> Otro _____	Especificar gasto mensual para este rubro \$ _____
Cobertura de salud (marcar con X)			
<input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Seguro Popular	<input type="radio"/> Seguro de gastos médicos privado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No tiene	Especificar gasto mensual para este rubro \$ _____	
Algún miembro del grupo familiar sufre de una enfermedad crónico-degenerativa. (Marcar con una X)			
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Diagnóstico _____ _____ _____	Especificar gasto mensual ( <u>anexar comprobantes</u> ). \$ _____	

¿Algún miembro del grupo familiar sufre alguna discapacidad?		
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Diagnóstico ----- ----- -----	Especificar gasto mensual ( <i>anexar comprobantes</i> ).  \$ -----

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 DE LOS DATOS PRESENTADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERIDICOS, REALES Y COMPROBABLES POR CUALQUIER INSTANCIA EDUCATIVA O CIVIL.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL SOLICITANTE