



SINALOA
GOBIERNO DEL ESTADO



CARTA SOLICITUD

RCREE-27.01

Culiacán, Sin., a _____ de _____ del _____.

**Sra. Rosa Icela Fuentes de Ordaz
Presidenta del Patronato del
Sistema DIF Sinaloa
Presente**

**Por medio de la presente y de la manera mas atenta, solicito su apoyo
de _____ para _____
_____ de _____ años y con domicilio en:**

**Ya que en estos momentos no cuento con dinero para comprarlo, además
que soy una persona de escasos recursos económicos.
Señora, mucho le agradeceré tenga a bien mi solicitud.**

ATENTAMENTE

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Sinaloa
Bvd. Miguel Tamayo No. 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos
Culiacán, Sinaloa, C.P. 80020
Tels. (667) 713-23-23, 729-76-55 y 758-73-43



ESTUDIO SOCIOECONOMICO
CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL
DEPARTAMENTO DE APOYOS FUNCIONALES

RCREE-27.02



		FECHA:			
SOLICITANTE:					
Domicilio:					
Ciudad:		Municipio:		Telefonos:	
Identificación CREDENCIAL DE ELECTOR () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()					
Sexo: H () M ()		Edad:		Fecha de Nacimiento	
				D	M
				A	
Estado Civil: Marque el Estado Civil					
SOLTERO(A) CASADO(A) UNION LIBRE DIVORCIADO(A) VIUDO(A)					
BENEFICIARIO:					
Identificación CREDENCIAL DE ELECTOR () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()					
Sexo: H () M ()		Edad:		Fecha de Nacimiento	
				D	M
				A	
Estado Civil: Marque el Estado Civil					
CASADO(A) DIVORCIADO(A) SOLTERO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)					
Servicio Médico		Nivel socioeconómico: A () B () C () D ()			
IMSS		Ocupación		Marque la ocupación:	
ISSSTE		MENOR DE 5 AÑOS		JORNALERO	
SEGURO POPULAR		ESTUDIANTE		PROFESIONISTA	
OTRO		AMA DE CASA		PENSIONADO	
		EMPLEADO		DESEMPLEADO	
		COMERCIANTE		SIN ESPECIFICAR	
Escolaridad: Marque la escolaridad					
SIN ESCOLARIDAD		PREESCOLAR		PRIMARIA	
PREPARATORIA		CARRERA COMERCIAL		CARRERA TECNICA	
				SECUNDARIA	
				LICENCIATURA	
Escuela a la que asiste Marque la escuela					
CAM _____ ESCUELA REGULAR () ESCUELA REGULAR CON APOYO () OTROS _____					

Parentesco con el solicitante:					
Sufre alguna enfermedad:		SI	Tipo de enfermedad:		
		NO			
Domicilio:					
Ciudad:		Municipio:		Telefonos:	
Apoys: AUXILIAR AUDITIVO__ DIADEMA UNILATERAL__ DIADEMA BILATERAL__ SISTEMA CROSS__					

Tipo de vivienda		Servicios básicos con que cuenta	
PROPIA		LUZ	
RENTADA		AGUA	
PRESTADA		DRENAJE	
OTROS		TELEFONO	
		ALUMBRADO	
		PAVIMENTO	

Ingreso familiar: _____ MENSUAL

No. total de miembros: _____

Constitución familiar (personas que habitan el mismo domicilio):

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESO MENSUAL

OBSERVACIONES:

El solicitante y/o beneficiario manifiesta que los datos asentados en el presente son verdaderos y acepta sean corroborados por la Dirección de Rehabilitación y Medicina Social.

Nombre y firma del entrevistado(a)

Nombre y firma del entrevistador

PAGINA 2

Carta Poder

_____ de _____ del 20 _____

Sr. _____

PRESENTE

Por la presente _____ al Sr. _____
poder amplio, cumplido y bastante para que a _____ nombre y representación

y así mismo para que conteste las demandas y recomendaciones que se entablan en mi contra, o ponga excepciones dilatorias y perentorias, rinda toda clase de pruebas, reconozca firmas y documentos, redarguya de falsos a los que se presenten por la contraria, presente testigos, vea protestar a los de la contraria y los represente y tache, articule y absuelva posiciones, recuse Jueces superiores o inferiores, oiga asuntos interlocutorios y definitivos, consienta de los favorables y pida revocación por contrario imperio, apele, interponga el recurso de amparo y se desista de los que interponga, pida aclaración de las sentencias, ejecute, embargue y me represente en los embargos que contra mí se decreten, pida el remate de los bienes embargados, nombre peritos y acuse a los de la contraria, asista a almonedas, transe este juicio, perciba valores y otorgue recibos y cartas de pago, someta el presente juicio a la decisión de los Jueces, árbitros y arbitradores, gestione el otorgamiento de garantías, y en fin, para que promueva todos los recursos que favorezcan mis derechos, así como para que sustituya este poder ratificando desde hoy todo lo que haga sobre este particular.

ACEPTO EL PODER

OTORGANTE

TESTIGO

TESTIGO
