



CARTA SOLICITUD



RCREE-26.01

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
Blvd. Miguel Tamayo No. 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos
Culiacán, Sinaloa, C.P. 80020
Tels. (667) 713-23-23, 729-76-55 y 758-73-4



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

RCREE-26.02



		FECHA:			
SOLICITANTE:					
Domicilio:					
Ciudad:		Municipio:		Teléfonos :	
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	
Parentesco con el solicitante:					
Sufre alguna enfermedad:		SI NO		Tipo de enfermedad:	
Domicilio:					
Ciudad:		Municipio:		Teléfonos:	
Apoys:					
Marque y defina el apoyo solicitado					
SILLAS DE RUEDAS	ANDADERA	MULETAS	BASTON		
CARREOLA PCI / PCA	PRÓTESIS DE:	APARATOS ORTÓPEDIOS			
	ESTATURA: _____	ESTATURA: _____			
	PESO: _____	PESO: _____			

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

Ingreso familiar:

No. total de miembros:

Constitución familiar (personas que habitan el mismo domicilio):

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACION	INGRESOS

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
