



BACHILLERATO TECNOLÓGICO ESCUELA M.H.

BT TRABAJO SOCIAL 20181001 09/04/2018
BT PROGRAMACIÓN 20181003 09/04/2018
BT DIETÉTICA 20181005 09/04/2018
CCT: 27PCT0010Z

CONTROL DE CASOS|
COMITÉ DE BECAS

FECHA: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

DOMICILIO: _____

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD _____

Table with 5 columns: NOMBRE, NUMERO DE DEPENDIENTES, PARENTESCO, EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD. Includes multiple empty rows for data entry.

SU CASA ES.

PRESTADA _____ PROPIA _____ ALQUILADA _____

EL TECHO ES DE:

LAMINA: _____ LOSA _____ GUANO _____ OTROS _____

LAS PAREDES SON DE:

LAMINA _____ MADERA _____ BLOCK _____ OTROS _____

EL PISO ES DE:

CEMENTO _____ TIERRA _____ MOSAICO _____

NUMERO DE HABITACIONES: _____

LA CASA CUENTA CON:

TELEVISIÓN: _____ MUEBLES _____ TELEFONO _____

VIDEO _____ OTROS _____

CON QUE SERVICIO MEDICO CUENTA:

IMSS _____ PEMEX _____ ISSTE _____ ISSSET _____

OTROS: _____

SE ENCUENTRA BECADO O RECIBE SUBSIDIO POR PARTE DE ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN: (CUÁL)

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DE LA T.S.
