



FORMATO DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

CURP o INE: _____ **RFC.- (IMPORTANTE HOMOCLAVE)** _____

Nombre completo: Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s)

Medio para el que labora:

Edad: _____

Estado civil: _____

Dirección: Calle _____ Núm. _____
 Colonia _____ Mpio. _____
 Código Postal _____ Entidad Federativa _____

Teléfono para localización Particular: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

2. CONSTITUCIÓN FAMILIAR (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOCIMILIO)

Número de hijos () Edad de cada uno: _____

Datos de Familiares que habitan en la misma casa:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	GRADO ACADÉMICO	OCUPACIÓN	LUGAR DE TRABAJO	INGRESOS
NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS:						

Ingreso familiar mensual: _____
 (anexar comprobantes en caso de contar con ellos)



3. SITUACIÓN ECONÓMICA

¿Trabajas Actualmente? Sí () No ()

¿En dónde? _____

¿Con qué sueldo mensual? (anexar comprobante) _____

¿Con qué horario? _____

¿Actualmente cuentas con algún otro apoyo económico? (Institución, Monto y Periodicidad):

¿A cuánto ascienden tus gastos mensuales? _____

Alimentación: _____

Educación: _____

Transporte: _____

Servicios Públicos: _____

Salud: _____

Vivienda (mantenimiento): _____

Vivienda (renta): _____

Otros: _____

Total de egresos (mensual): _____

Observaciones:

4. VIVIENDA

Zona: A) Rural () B) Urbana ()

La casa donde vives es: A) Propia () B) Rentada () Número de habitaciones ()

El material de la casa es: Paredes y techo de concreto () Paredes concreto y techo de lámina/asbesto ()

Paredes de madera o adobe y techo de lámina ()

Otros materiales () (especifique) _____

Servicios Públicos con los que cuenta la vivienda:

Energía Eléctrica () Agua () Drenaje () Teléfono ()

Observaciones:

5. SALUD DEL SOLICITANTE:

Padecimiento actual: _____

Observaciones: _____

¿Cuenta con Seguro Médico?: Sí () No ()

Derechohabiente: IMSS () ISSSTE () Seguro Popular ()
Centro de Salud () Otro ()

Lugar y Fecha:

Nombre y Firma:

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en este formato es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe la veracidad de esta información.

***Llenar todos los campos, no se evaluarán solicitudes incompletas o sin firma.**

La CEAPP podrá realizar visitas domiciliarias en los casos que considere, para verificar la veracidad de los datos.

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de los expedientes de solicitudes de Atención de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de los Periodistas, el cual tiene su fundamento en el artículo 3 de la Ley 586 de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de los Periodistas, cuya finalidad es documentar e integrar los expedientes relativos a las solicitudes de atención interpuesta ante la Comisión Estatal para la Atención y Protección de los Periodistas. El uso de datos personales es exclusivamente para la identificación de las partes, cumplimiento de requisitos para substanciación de procedimientos, notificaciones previstas en la normatividad aplicable, pruebas, acuerdos y trámites correspondientes. Y podrán ser transmitidos únicamente con el fin de implementar una medida de atención aceptada por el peticionario, a las siguientes autoridades, la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal; Organismos Autónomos Federales o Estatales; Partidos, Asociaciones y Agrupaciones Políticas; y el Poder Judicial del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, demás previstas en la Ley Número 581 para la Tutela de los Datos Personales en el Estado de Veracruz. Los datos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o complementar el trámite de atención, o puede tener problemas con éste por la inexactitud de los datos. Asimismo, se le informa que sus datos son resguardados con las medidas de seguridad de nivel **Alto** y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es el Lic. Jorge Morales Vázquez, Secretario Ejecutivo de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de los Periodistas, quien está obligado y/o facultado de responder a las preguntas que le sean planteadas por el titular de los datos personales y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es la Unidad de Transparencia de la Comisión Estatal, ubicada en Av. Manuel Ávila Camacho #31 Altos 1, Col. Centro, C.P. 91000, Xalapa, Veracruz, correo electrónico: transparencia@ceapp.org.mx; teléfono: (228) 817 09 70. El interesado podrá dirigirse al Instituto Veracruzano de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley 581 para la Tutela de los Datos Personales en el Estado de Veracruz al teléfono (228) 8420270 ext. 406; correo electrónico: contacto@verivai.org.mx o contactodatospersonales@verivai.org.mx http://www.ivai.org.mx.