

HAS SIDO BENEFICIADO POR LA BECA ALIMENTICIA EN OTRO SEMESTRE:

NO:

SI:

CUANDO:

CUENTAS CON LA BECA PRONABE:

NO:

SI:

CUANDO:

PROPORCIONAR LOS DATOS DEL DOMICLIO DE ORIGEN:

EGRESOS MENSUALES		VIVIENDA						VEHÍCULOS CON LOS QUE SE CUENTAN			
VIVIENDA Y SERVICIOS		CONSTRUCCIÓN	TECHO	PISOS				Cantidad	Marcas y modelos		
<input type="checkbox"/>	Pago de casa	<input type="checkbox"/>	Block	<input type="checkbox"/>	Loza	<input type="checkbox"/>	Cerámica	_____	_____		
<input type="checkbox"/>	Renta	<input type="checkbox"/>	Ladrillo	<input type="checkbox"/>	Lámina	<input type="checkbox"/>	Cemento	_____	_____		
<input type="checkbox"/>	Asistencia	<input type="checkbox"/>	Madera	<input type="checkbox"/>	Terrado	<input type="checkbox"/>	Tierra	_____	_____		
<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Adobe	<input type="checkbox"/>	Otro_____	<input type="checkbox"/>	Otro_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/>	Luz	<input type="checkbox"/>	Otro_____							_____	_____
<input type="checkbox"/>	Gas	Número de cuartos (incluyendo sala, comedor, cocina)									
<input type="checkbox"/>	Teléfono	LA VIVIENDA ES:		SERVICIOS DE LA VIVIENDA							
<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Propia	<input type="checkbox"/>	Agua	<input type="checkbox"/>	Rec. Basura	<input type="checkbox"/>	Transporte público		
<input type="checkbox"/>	Gastos escolares	<input type="checkbox"/>	Rentada	<input type="checkbox"/>	Drenaje	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Vehículo particular		
<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	Prestada	<input type="checkbox"/>	Luz	<input type="checkbox"/>	Cable	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)		
<input type="checkbox"/>	Alimentación	<input type="checkbox"/>	Se está pagando	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="checkbox"/>	Dish				
<input type="checkbox"/>	Vestido	SERVICIO MÉDICO									
<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	IMSS	<input type="checkbox"/>	PENSIONES CIVILES DEL EDO.	<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/>	SEGURO GASTOS MÉDICOS MAYORES		
<input type="checkbox"/>	\$ TOTAL	<input type="checkbox"/>	IMSS ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	ISSSTE	<input type="checkbox"/>	ICHISAL	<input type="checkbox"/>	OTRO (especifique)		

PERTENECE ALGÚN GRUPO REPRESENTATIVO DE LA INSTITUCIÓN:

SI

NO

CUAL? _____

MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITA LA BECA: (Información adicional que sea relevante para ser seleccionado como becario)

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON VERDADEROS Y FACULTO A QUIEN CORRESPONDA A CORROBORARLOS Y EN CASO DE ENCONTRAR FALSEDAD EN ELLOS, QUE LA INSTITUCIÓN PROCEDA COMO CONSIDERE CONVENIENTE.

EN LA CD. DE _____ CHIHUAHUA, CHIH. _____ A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE 2017.

SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA