

FICHA DE EVALUACIÓN SOCIOECONOMICA

I. DATOS GENERALES

Familia: Nombre del Apoderado:.....

Documento de identidad: DNI ☐ C. Ext. ☐ N°: Sexo F ☐ M ☐

Año de ingreso al colegio:.....

Lugar de nacimiento: Región / departamento..... Provincia..... País.....

Estado civil y/o conyugal: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Concubino/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐

Dirección actual:
Jr./calle/ Av. N°/ Mz. y lote Urb./Asoc./AA.HH. Distrito

Lugar de trabajo: Ingreso económico..... Telf. Celular y casa.....

.....Discapacidad..... Correo electrónico.....

II. COMPOSICION FAMILIAR

A. Núcleo de Convivencia Apellidos y Nombres	Edad	Parentesco	Grado Inst.	Ocupación	Ing. Económico S/.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
B. Extra Familiar Apellidos y Nombres	Edad	Parentesco	Grado Inst.	Ocupación	Ing. Económico S/.
1.					
2.					
3.					

III. VIVIENDA

Tenencia: Propia cancelada ☐ Propia por cancelar ☐ Alquilada ☐ Alojado ☐

Tipo: Casa independiente ☐ Dpto. en edificio ☐ Vivienda en quinta ☐ Cuarto / habitación ☐

Hacinamiento (N° de personas por habitación): 1 persona ☐ 2 personas ☐ 3 personas ☐ 4 o + personas ☐

Tenencia: Propia cancelada ☐ Propia por cancelar ☐ Alquilada ☐ Alojado ☐

Tipo: Casa independiente ☐ Dpto. en edificio ☐ Vivienda en quinta ☐ Cuarto / habitación ☐

Hacinamiento (N° de personas por habitación): 1 persona ☐ 2 personas ☐ 3 personas ☐ 4 o + personas ☐

IV. SITUACIÓN ECONÓMICA

Ingresos Familiares Mensuales:		Rubro	Monto S/.
Menos de S/. 3,500.00	<input type="checkbox"/>	Alimentación	
De S/. 3,500.00 a S/. 5,500.00	<input type="checkbox"/>	Movilidad	
De S/. 5,501.00 a S/. 8,500.00	<input type="checkbox"/>	Vivienda	
Más de S/. 8,500.00	<input type="checkbox"/>	Salud	
Otros Ingresos S/. (Alquileres, pensión judicial, envío del extranjero, etc.):		Educación	
		Recreación	
		Deudas	
		TOTAL	

V. SITUACIÓN DE SALUD

Atención de la salud:

-Señale si cuenta con Seguro: Essalud ☐ EPS ☐ Otro Seguro ☐

-Estado de salud actual de la familia (marcar con X):

Enfermedad	Alergia	Anemia	Asma	Artrosis / artritis	Cáncer	Cardiopatía	Depresión	Diabetes	Gastritis	Hepatitis	TBC	VIH	Otro
Alumno													
Familiar													

-Discapacidad

Alumno: Nombre:..... Tipo: Motora ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Emocional ☐ Mental ☐
Familiar: Nombre Tipo: Motora ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Emocional ☐ Mental ☐

VI. OTROS

Detalle situación económica por la que requiere la Ayuda Económica (deberá ser sustentada):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Esta Ficha tiene valor de Declaración Jurada

Firma del Apoderado(a)

Lugar y Fecha:...../...../ 20.....