BIENESTAR ESTUDIANTIL UMA

FICHA SOCIOECONÓMICA

FICHA Nro. _____

1.- INFORMACIÓN PERSONAL DEL/LA ESTUDIANTE:

a) APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS:

_____

b) GÉNERO: FEMENINO____ MASCULINO____

c) NACIONALIDAD: _____

d) No. Cédula: _____

e) LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

f) EDAD: _____

g) ESTADO CIVIL: SOLTERO/A _____ CASADO/A ____ DIVORCIADO/A ___ VIUDO/A ____ U. LIBRE ____

h) TIENE HIJOS: SI_____ NO_____ i) NÚMERO DE HIJOS: _____

j) ETNIA: BLANCO____ MESTIZO ____ INDIGENA ____ ADFROAMERICANO ___ MULATO____ MONTUBIO___ OTRO _____

k) DIRECCION DOMICILIARIA: Ciudad _____ Parroquia _____ Calle Principal _____ No. _____ Calle secundaria _____

(Si su dirección no encaja en el formato anterior, por favor indíquela en el siguiente espacio, con referencias):

_____

_____

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO:

a) TELÉFONO CONVENCIONAL: _____

b) CELULAR: _____

c) EMAIL: _____

3. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

PARENTEZCO: _____

TELÉFONO CONVENCIONAL: _____

CELULAR: _____

4. SALUD Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN LA FAMILIA

a) SEÑALE SU GRUPO SANGUÍNEO _____

b) SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: SI___ NO___

SI CONTESTÓ SÍ, INDIQUE CUÁL _____

c) POSEE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD: Si ____ No _____

SI CONTESTÓ SÍ, INDIQUE CUÁL _____

d) PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD: _____

e) # CARNÉ DE CONADIS: _____

f) TIENE ALGUNA ALERGIA: SI___ NO___

SI CONTESTÓ SÍ, INDIQUE CUÁL _____

g) ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: SI ___ NO ___

SI ES POSITIVO, ESPECIFIQUE QUIÉN: _____

h) LA DISCAPACIDAD Y/O ENFERMEDAD CATASTRÓFICA DEL FAMILIAR ES:

_____

5. DATOS ACADÉMICOS:

a) COLEGIO EN EL QUE SE GRADUÓ: _____

b) Ciudad: _____ Provincia: _____

c) EL COLEGIO ES: FISCAL _____ FISCOMISIONAL _____ PARTICULAR _____

d) POSEE ALGÚN TÍTULO ADICIONAL OBTENIDO: SI ____ NO ____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE CUÁL: _____

6. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR (Todas las personas que conforman el núcleo familiar, a excepción del estudiante)

Nombre y apellido	Parentesco con el/la estudiante	Edad	Nivel de instrucción	Profesión/Ocupación	Institución donde Estudia/trabaja

7. DATOS RELEVANTES ECONÓMICOS

a) TRABAJA: SI ____ NO ____

SI CONTESTÓ SÍ, INDIQUE EL LUGAR DE TRABAJO: _____

b) CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

c) USTED ES EL/LA RESPONSABLE DE FINANCIAR LOS ESTUDIOS ACTUALES:

SI ___NO_____

d) EN EL CASO QUE NO SEA USTED POR FAVOR INDIQUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE FINANCIA SUS ESTUDIOS:

NOMBRES Y APELLIDOS

_____

e) CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

f) PARENTESCO CON EL/LA ESTUDIANTE: _____

g) PROFESIÓN: _____

h) TRABAJA: SI ____ NO _____

i) POSEE SEGURO SOCIAL: SI ____ NO _____

j) TELEF:

DOMICILIO_____TRABAJO_____CELULAR_____

k) E-MAIL: _____

8. INGRESOS Y EGRESOS FAMILIARES
(Indicar un promedio aproximado)

MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR	INGRESO ECONÓMICO $
PADRE	
MADRE	
CÓNYUGE	
HERMANO/A	
YO	
OTRO	
TOTAL DE INGRESO	

GASTOS MENSUALES

CATEGORÍA	MONTO $MENSUAL
ALQUILER/ARRIENDO	
SERVICIOS BÁSICOS (AGUA Y ELECTRICIDAD	
TELÉFONO	
GAS	
INTERNET	
ALIMENTACIÓN	
VESTUARIO	
SALUD	
EDUCACIÓN	
OCIO Y RECREACIÓN	
PRÉSTAMOS	
TARJETAS DE CRÉDITO	
SEGUROS	
OTROS GASTOS	

9. OTROS DATOS ECONÓMICOS FAMILIARES:

a) LA FAMILIA DISPONE DE VEHÍCULO PROPIO: SI ___ NO ___
b) MARCA Y AÑO: _____
c) EL VEHÍCULO ES DE USO: FAMILIAR _____ HERRAMIENTA DE TRABAJO _____
d) LA FAMILIA POSEE OTRAS PROPIEDADES COMO: TERRENOS, CASAS Y/O APARTAMENTOS ADICIONALES: SI ___ NO ___
e) LA FAMILIA POSEEN CUENTAS DE: AHORRO____ CORRIENTE____ TARJETAS DE CREDITO ____

10. DATOS DE LA VIVIENDA:

a) EL/LA ESTUDIANTE VIVE EN CASA:

PROPIA ____ ARRENDADA ____ CEDIDA ____ COMPARTIDA _____

b) TIPO DE VIVIENDA:

CASA _____ DEPARTAMENTO _____ SUIT ____ OTRO (Especifique)_____

c) LA VIVIENDA SE ENCUENTRA UBICADA EN ZONA

RURAL____ URBANA____

d) TIPO DE CONSTRUCCIÓN:

HORMIGÓN ____ LADRILLO ____ MADERA____ GYPSUM ____

OTRO (Especifique de qué otro tipo está construida vivienda):

_____

e) CUENTA CON SERVICIOS BÁSICOS COMO:

AGUA POTABLE ____ ALCANTARILLADO_____ LUZ ELÉCTRICA _____ INTERNET ____

DECLARO QUÉ, los datos descritos en este formulario son verdaderos y AUTORIZO EXPRESAMENTE al Instituto UMA para que realice las verificaciones que estime conveniente. Dejo constancia que comprendo que, si los datos fueran falsos, el Instituto podrá revertir cualquier decisión tomada y aplicará el procedimiento legal derivado de este acto.

FIRMA DEL/LA ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____/_____/_____

FIRMA RESPONSABLE BIENESTAR ESTUDIANTIL _____