

ABRAZO DORADO

Formulario de Evaluación Socioeconómica para Solicitud de Apoyo

Información General

Fecha de la solicitud: ____ / ____ / ____

Número de expediente: _____

Evaluator: _____

I. Datos Personales

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

____ / ____ / ____

Edad: _____

Sexo

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Otro

Estado civil

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)

☐ Unión libre

Documento de identidad

Tipo:

Número:

Dirección completa

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono

Correo electrónico

II. Información del Hogar

¿Con quién vive actualmente?

☐ Vive solo(a)

☐ Cónyuge

☐ Hijos

☐ Familiares

☐ Amigos

☐ Cuidador

☐ Otro

¿Cuántas personas viven en el hogar?

¿Existe algún menor de edad en el hogar?

☐ Sí

☐ No

¿Alguna otra persona depende económicamente de usted?

☐ Sí

☐ No

Si respondió sí, explique:

III. Situación Económica

¿Actualmente recibe ingresos?

☐ Sí

☐ No

Fuente principal de ingresos

☐ Jubilación

☐ Seguro Social

- ☐ Trabajo
- ☐ Ayuda familiar
- ☐ Beneficios gubernamentales
- ☐ Donaciones
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro

Monto aproximado mensual:

Gastos mensuales aproximados

Vivienda

Alimentación

Medicamentos

Servicios básicos

Transporte

Otros

IV. Condición de Vivienda

La vivienda es:

- ☐ Propia
- ☐ Rentada
- ☐ Prestada
- ☐ Vive con familiares
- ☐ Refugio
- ☐ Otro

Condición de la vivienda

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente

¿Cuenta con?

- ☐ Agua potable
- ☐ Energía eléctrica
- ☐ Baño funcional
- ☐ Cocina
- ☐ Aire acondicionado o calefacción
- ☐ Ninguno

V. Estado de Salud

¿Padece alguna enfermedad?

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

¿Presenta alguna discapacidad?

☐ Sí

☐ No

¿Requiere asistencia para actividades diarias?

☐ Sí

☐ No

¿Cuenta con seguro médico?

☐ Sí

☐ No

¿Toma medicamentos permanentes?

☐ Sí

☐ No

¿Cuáles?

VI. Red de Apoyo

¿Cuenta con familiares que puedan ayudarle?

☐ Sí

☐ No

¿Recibe visitas frecuentes?

☐ Sí

☐ No

¿Cuenta con un cuidador?

☐ Sí

☐ No

¿Se siente solo(a) con frecuencia?

☐ Nunca

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Siempre

VII. Necesidades Actuales

Marque todas las que correspondan.

☐ Alimentos

☐ Medicamentos

☐ Artículos de higiene

☐ Transporte

☐ Atención médica

☐ Apoyo emocional

☐ Actividades recreativas

- ☐ Asesoría legal
 - ☐ Orientación sobre beneficios
 - ☐ Equipos médicos
 - ☐ Otro
-
-

VIII. Solicitud de Apoyo

¿Qué tipo de ayuda solicita?

¿Por qué considera que necesita este apoyo?

IX. Documentación Presentada

- ☐ Identificación oficial
 - ☐ Comprobante de domicilio
 - ☐ Comprobante de ingresos (si aplica)
 - ☐ Recetas médicas
 - ☐ Diagnóstico médico
 - ☐ Carta de referencia
 - ☐ Otros
-
-

X. Evaluación del Trabajador Social (Uso Exclusivo de Abrazo Dorado)

Nivel de vulnerabilidad

☐ Muy Alto

☐ Alto

☐ Medio

☐ Bajo

Observaciones

Recomendación

☐ Aprobar

☐ Aprobar parcialmente

☐ Lista de espera

☐ No aprobar

Tipo de apoyo recomendado

XI. Declaración del Solicitante

Declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa. Entiendo que Abrazo Dorado podrá solicitar documentación adicional, realizar entrevistas o visitas cuando sea necesario para verificar la información presentada. Asimismo, autorizo a la organización a utilizar mis datos personales únicamente para la evaluación, administración y seguimiento de esta solicitud, de conformidad con sus políticas de privacidad.

Nombre del solicitante

Firma

Fecha

____/____/____

XII. Firma del Evaluador

Nombre

Cargo

Firma

Fecha

____/____/____
