DIF JALISCO

PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA

Estudio Socio- Familiar Simplificado

(ANEXO 1)

Fecha de Elaboración:

_____
Día Mes Año

1. Identificación

Nº de Expediente o Registro Municipio_____ Estado _____

Nombre del Beneficiario :

Nombre del Responsable:

Tipo de Vulnerabilidad: CURP

Comunidad:_____Localidad_____

Teléfono _____Domicilio:_____

2. Composición Familiar / 3. Educación / 4.Ingresos

Nombre Completo	Fecha de nacimiento	Sexo/ Edad H	Sexo/ Edad M	Edo. Civil	Relación Familiar con el Beneficiario	Especificar Escolaridad	Especificar Ocupación	* Eventual/ Permanente	Ingresos Mensuales	OTROS INGRESOS	Aportación al Gasto familiar

* En ocupación anotar si es eventual o permanente** Considerar en otros ingresos la cantidad que ingresa aparte del ingreso mensual Total $

5. Vivienda

A. Condición

Propia ( )
Rentada ( )
Compartida ( )
En pago ( )
Prestada ( )
¿Quién? _____

C. Tipo de vivienda y distribución

Casa ( )
Cuarto ( )
Departamento ( )
Jacal ( )
Otro ( )

Describa _____
_____
_____

Especifique Espacios
Cocina ( )
Baño ( )
Cuartos ( )
Patio ( )
Otros _____
Características:
Techo ( )
Paredes ( )
Piso ( )

Combustible para cocinar
Gas ( )
Electricidad ( )
Leña ( )
Carbón ( )
Otros _____
Electrodomésticos:
Radio _____ Televisión____
Teléfono___ Refrigerador___
Estufa de Gas_____

E. Mobiliario

Señalar No. y tipo de muebles
_____
_____
_____
_____

Buenas condiciones ( )
Malas condiciones ( )
Observaciones _____
_____

B. Servicios

Agua
Entubada ( )
Pozo ( )
Pipa ( )

Desechos
Fosa séptica ( )
Drenaje ( )
Aire libre ( )

Iluminación
Luz eléctrica ( )
Aparato petróleo ( )
Velas ( )
Gas ( )

D. Característica

Piso
Tierra ( )
Cemento ( )
Mosaico ( )

Muro
Ladrillo ( )
Adobe ( )
Madera ( )
Block ( )
Otros _____
_____

Techo
Bóveda ( )
Teja ( )
Lamina ( )
Otros _____
_____

F. Limpieza y organización

Limpia ( )
Sucia ( )
Ordenada ( )
Desordenada ( )

Iluminación buena ( ) mala ( )
Ventilación buena ( ) mala ( )
Observaciones _____

6. Egresos Mensuales

Anotar en c/u la cantidad gastada por mes

Alimentos _____
Renta o pago de casa _____
Luz _____
Agua _____
Combustible _____
Teléfono _____
Educación _____
Trasporte _____
Medicina _____
Ropa y calzado _____
Deudas _____
Otros _____

Total _____

Observaciones_____
_____
_____

7. LA ALIMENTACIÓN LA CONSIDERA :

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

	Diario	C/ 3 Días	C/8 Días	C/15 Días	C/ Mes
Frijol					
Tortilla					
Verdura					
Carne					
Leche					
Huevo					
Sopas					
Soya					
Fruta					

(Marcar con una X la frecuencia de su consumo)

8. SERVICO O APOYO SOLICITADO A LA INSTITUCION

9. APOYOS QUE SE LE HAN OTORGADO A LA FAMILIA

¿Qué?	¿Quién?	¿Desde cuando?

10. SALUD

Enfermedades o discapacidades de los miembros de la Familia

¿Qué?	¿Quién padece?	¿Desde cuando?

11. DIAGNOSTICO SOCIAL

1.- Señale la problemática que presenta la familia:

a) Económica b) Violencia Intrafamiliar c) Adicciones d) Legales e) Salud f) Educación
g) Alimentación h) Desempleo i) Otros _____

2.- Qué ha hecho la familia para resolver la problemática detectada:

_____

3.- Hay colaboración y apoyo entre los miembros de la familia:

a) Si

b) No Por que_____

4.- ¿Quién desempeña el papel de jefe de familia?

5.- ¿Qué problemáticas se observan en la comunidad:

a) Pandillerismo b) Delincuencia c) Drogadicción d) Falta de Fuentes de empleo
e)Falta de medios de comunicación f) Otros _____

12.- JUSTIFICACIÓN DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA

13.- CONDICION ETNICA

ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA:

IMSS	( )	Centro de Salud	( )
Particular	( )	ISSSTE	( )
Cruz Roja	( )	DIF	( )
Servicios Médicos Municipales	( )	OTRO _____	

observaciones _____

14. OBSERVACIONES

_____

Firma del beneficiario

_____

Nombre y firma del encuestador

Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal

Sello DIF Municipal