

MUNICIPIO _____ FECHA _____
REGION _____ LOCALIDAD _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

Beneficiario _____ Responsable _____ **DOMICILIO** _____

FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA _____

SUJETO VULNERABLE

< 18 años desnutridos _____ Mujer sola o en viudez _____ Mujer embarazada _____

Persona de la tercera edad _____ Indigena vulnerable _____

Personas con discapacidad _____ Hijo de padres en extrema pobreza _____ Jornalero migrante _____

Otro _____ Cuál: _____

Ocupación del responsable o padre de familia: _____ **Ingreso mensual:** _____

La cuota de recuperación es de \$ _____

¿Quién le hace la entrega de la despensa? DIF Municipal SI _____ NO _____ **¿Quién?** _____

Califique del 1 al 3 que tanto le agradan los alimentos de la despensa:

ALIMENTO	No me gusta	Regular	Me gusta
	1	2	3
Frijol			
Arroz			
Avena			
Maíz Blanco			
Aceite			
Leche			

ALIMENTO	No me gusta	Regular	Me gusta
	1	2	3
Azucar			
Cereal de Trigo			
Atún			
Pasta para sopa			
Lenteja			
Harina de Maíz			
Garbanzo			

¿Utiliza todos los productos? SI _____ NO _____ **¿Por qué?** _____

¿Qué otros alimentos le gustaría que se incluyeran en la despensa? _____

¿Por qué? _____

¿Le son interesantes los mensajes impresos en el empaque? SI _____ NO _____ **¿Por qué?** _____

¿Considera usted que la despensa PAAD apoya a su economía familiar? SI _____ NO _____

¿Considera que los alimentos que se incluyen en la despensa le han ayudado a tener una alimentación más sana? SI _____ NO _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

SELLO DIF MUNICIPAL

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR DE DIF JALISCO