

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
Galleta integral			
Trigo inflado			
Guiso de soya			
Pasta para sopa precocida			
Sardina			
Harina de Maíz			
Chicharo con zanahoria			

¿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:** \_\_\_\_\_