JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

Dependencia

FPU-PROG

Formato de Padrón Único de los Programas Gubernamentales del **Gobierno del Estado de Jalisco**

FOLIO:

Fecha de elaboración de la solicitud

día mes año

Importante: Todos los documentos que a continuación se detallan deben de ser cotejados en original y copia. Las copias conformarán el expediente y deberán ser legibles.

PROGRAMA:

I.-Datos Generales del Solicitante

Nombre: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Calle o Avenida: _____

No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____

Entre las calles: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ C.P. _____

Lugar de nacimiento: Municipio: _____ Estado: _____ Fecha de Nacimiento [_____/_____/_____]
día mes año

Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico de contacto _____

N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria B. Bachillerato T. Técnica U. Superior	H. Hogar D. Desempleado J. Jornalero/albañil N. Ninguna M. Empleado/obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	S.Soltera (o) C. Casada (o) D. Divorciada (o) V. Viuda (o) U. Unión libre X. Separada (o)	M. Mujer H. Hombre
Escolaridad / Grado	Ocupación	Estado Civil	Género
(N) (P) (S) (B) (T) (U) ☐	(H) (D) (J) (N) (M) (C) (U) (O)	(S) (C) (D) (V) (U) (X)	(M) (H)

II.- Acreditación de identidad

Ciudadano mexicano Sí _____ No _____ Otro (especifique): _____

*CURP (obligatorio)																		
IFE																		
Pasaporte																		

¿Es indígena?	Sí	No
Comunidad de origen:		
¿Habla alguna lengua o dialecto indígena?	Sí	No
¿Qué dialecto o lengua indígena habla?		

III.- Estructura Familiar

(Datos de los miembros de la familia que viven y duermen en la misma vivienda que el solicitante)

¿Cuántas personas en total viven y duermen en su vivienda? ☐

	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Género	Edad (Años)
1				(M) (H)	
2				(M) (H)	
3				(M) (H)	
4				(M) (H)	
5				(M) (H)	
6				(M) (H)	
7				(M) (H)	
8				(M) (H)	

	J. Jefe (a) de familia E. Esposa (o) H. Hija(o) O. Otro parentesco	H. Hogar S. Estudiante D. Desempleado J. Jornalero / albañil E. Empleado / obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria B. Bachillerato T. Técnica S. Superior	C. Completa I. Incompleta
	Parentesco	Ocupación	Escolaridad	
1	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
2	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
3	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
4	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
5	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
6	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
7	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)
8	(J) (E) (H) (O)	(H) (S) (D) (J) (E) (C) (U) (O)	(N) (P) (S) (B) (T) (S)	(C) (I)

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

IV.- Salud

Discapacidad — Motivo, Acreditación e Instancia Oficial que otorga credencial sólo para Programa Jalisco Incluyente

Tiene algún tipo de discapacidad	S. Sensorial M. Motriz I. Intelectual E. Mental	Motivo de la discapacidad:	Cuenta con una acreditación por una instancia oficial de la discapacidad que presenta:	Instancia oficial que otorga la credencial:
Sí ☐	Tipo de discapacidad	Porque nació así ☐	Sí ☐	DIF Estatal ☐
No ☐	Ⓢ Ⓜ Ⓘ Ⓔ	Por una enfermedad ☐	No ☐	DIF Nacional ☐
		Por un accidente ☐	Motivo:	COEDIS ☐
		Por edad avanzada ☐		IMSS ☐
		Por otra causa. (Especifique) ☐		CONADIS ☐
				Otro:

Actualmente, ¿a qué institución está afiliada(o) o inscrito para recibir servicios de salud?

IMSS..... ☐ Seguro Popular ..... ☐ PEMEX, Defensa o Marina..... ☐ Seguro privado..... ☐
ISSSTE..... ☐ Otra, ¿cuál?..... ☐ Ninguno..... ☐

Cuando tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?:

Centros de salud y hospitales (Secretaría de Salud).... ☐ Hospital o Instituto (Secretaría de Salud)..... ☐ Seguro Social o IMSS..... ☐
IMSS-Oportunidades..... ☐ ISSSTE..... ☐ Otro servicio médico público (PEMEX. Defensa, Marina, DIF) ☐ Consultorios y hospitales privados..... ☐
Consultorio de farmacias, ¿cuál(es)?..... ☐ Curandero, hierbero, comadrona..... ☐ Se automedica..... ☐ Cruz Verde/Cruz Roja..... ☐

V.- Ingresos / Gastos

¿Actualmente trabaja? Sí ☐ No ☐ | ¿Cuál es su oficio, puesto o cargo? _____

¿Cuánto es su ingreso mensual personal?	¿Cuánto es su ingreso mensual familiar?
$	$

En el último año, recibió dinero por...

Programa social ☐ Apoyo de un familiar ☐ Apoyo de otra persona no integrante del hogar ☐
Le envían dinero de otro país (remesas) ☐ Otro ☐

VI.- Seguridad alimentaria

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar dejaron de desayunar, comer o cenar?	Sí ☐	No ☐
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	Sí ☐	No ☐
En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar comió menos de lo que debía?	Sí ☐	No ☐

VII.- Condiciones de vivienda

C. Casa Independiente V. Cuarto de vecindad D. Departamento L. Local mercantil o cuarto de azotea	P. Propia R. Rentada M. Prestada I. Intestada o en litigio	1. Tierra 2. Cemento/ Block 3. Adobe	4. Ladrillo 5. Mosaico 6. Madera	7. Lámina 8. Bóveda / Viguería 9. Otro
La vivienda que habita es..	Esta vivienda es...	La vivienda está construida de...		
		Pared	Techo	Piso
Ⓒ Ⓥ Ⓓ Ⓛ	Ⓟ Ⓡ Ⓜ Ⓘ	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

VIII.-Equipamiento el hogar

Este hogar cuenta con los siguientes servicios:	Sí	No
1.- Teléfono fijo		
2.- Teléfono móvil o celular		
3.- Agua potable		
4.- Drenaje		
5.- Electricidad		

Este hogar cuenta con los siguientes bienes:	Sí	No
1.- Estufa de gas/ electricidad		
2.- Reproductor de DVD		
3.- Automóvil		
4.- Refrigerador		
5.- Lavadora		
6.- Televisión		
7.-Computadora		
8.- Horno de microondas/eléctrico		

IX. Redes de apoyo

Considera que si necesitara...	Fácil	Difícil	No aplica
pedirle ayuda a alguien para que la (o) cuiden a usted en una enfermedad, ¿le sería?			
pedir ayuda para coseguir un trabajo, ¿le sería?			
pedir ayuda para que cuiden a las (os) niñas (os) en este hogar, ¿le sería?			
pedir ayuda para que lo acompañen al doctor, ¿le sería?			
pedirle a alguien dinero prestado, ¿le sería?			

X.- Uso del tiempo

En el transcurso de una semana, ¿cuánto tiempo dedica usted a...	Horas
Trabajar? (i*ncluya todo el tiempo dedicado a su trabajo extradoméstico)*	
Estudiar y hacer actividades relacionadas con el estudio? *(ir a la escuela, hacer tareas, asistir a lugares como museos como parte de las tareas escolares, etc)*	
Cuidar, atender sin pago y de manera exclusiva a niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad? *(bañar, cambiar, trasladarlos,etc)*	
Realizar el quehacer de su hogar? *(lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, ropa, barrer, cuidar animales, etc)*	
Cuánto tiempo le quedó para realizar actividades que a usted le gustan? *(hacer deportes, ir al cine, leer, salir con amigos, escuchar música, ver televisión, descansar. etc)*	

XI.- Concentrado en apoyos gubernamentales

¿Recibe usted u otro integrante de su hogar apoyo de algún otro programa estatal? Sí ☐ No ☐

¿Cuántos? ☐

¿Cuáles?

1.-_____

2.-_____

3.-_____

4.-_____

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

FOLIO: ☐

Fecha de elaboración de la solicitud ☐

Nombre del solicitante: _____

Nombre del entrevistador: _____

Clave del entrevistador: _____

Dependencia de origen: _____

Firma del entrevistador: _____