PROGRAMA DE NUTRICION EXTRAESCOLAR

Estudio Socio- Familiar Simplificado

Fecha de Elaboración:

_____

Día Mes Año

1. Identificación Nº de Expediente o Registro _____ Status (Nuevo ingreso o reingreso) _____

Nombre del Beneficiario : _____

Lugar y fecha de Nacimiento : _____

Edad al ingresar l programa: _____ Peso inicial: _____ Talla inicial _____

Diagnostico _____

Tipo de Vulnerabilidad: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Domicilio:_____ cruza con _____

Municipio_____ Localidad_____

Teléfono _____

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	Desechos	Iluminación
Entubada ( )	Fosa séptica ( )	Luz eléctrica ( )
Pozo ( )	Drenaje ( )	Aparato petróleo ( )
Pipa ( )	Aire libre ( )	Velas ( )
		Gas ( )

D. Característica

Piso	Muro	Techo
Tierra ( )	Ladrillo ( )	Bóveda ( )
Cemento ( )	Adobe ( )	Teja ( )
Mosaico ( )	Madera ( )	Lamina ( )
	Block ( )	Otros _____
	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_____
_____
_____
___

Fecha de actualización: 22 de enero de 2019 V.06 Código: DJ-TS-SG-RE-02 A

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.- TIPO DE VULNERABILIDAD DEL BENEFICIARIO: a) Pobreza b) indígena c)Enfermo crónico d) Hijo de jornalero migrante e) menor hijo de madre trabajadora g) Hijo de padre(s) adicto (s), h) Desintegración familiar i) Contingencias naturales j) Desnutrición f) Menor hijo de madre adolescente

2.- TIPO DE PROBLEMÁTICA FAMILIAR POR AMBITOS:

JUSTICIA: a)maltrato infantil b)maltrato físico c) maltrato emocional d) abuso sexual e) explotación económica f) explotación sexual g) abandono h) violencia en el hogar

ECONOMIA: Trabajo infantil

SALUD: a) Desnutrición b)Discapacidad c)Adicciones

EDUCACION: Los padres no asistieron a la escuela

MIGRACION: a) Niños emigrantes sin compañía b)Menores repatriados

3.- ¿Qué ha hecho la familia para resolver la vulnerabilidad o problemática detectada?

_____

4.- ¿Hay colaboración y apoyo entre los miembros de la familia? A) Si B) No Porque

_____

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

_____

6.- ¿Que 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

ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA:

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

observaciones _____

12. OBSERVACIONES

Con base en la ley de informacion publica del Estado de Jalisco y sus Municipios, articulo 25 fraccion 1Ven la que prohibe a los sujetos obligados; a difundir, distribuir, transferir publicar o comercializar informacion confidencial sin utorizacion de su titular. De igul forma el articulo 44 muestra un catalogo de informacion confidencial por lo que es responsabilidad de las autoridades municipales el uso que se le de a esta información.

_____

Firma del beneficiario (padre o tutor)

_____

Nombre y firma del encuestador

Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal

Sello DIF Municipal

UBICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DE LA LOCALIDAD DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO:_____ CLAVE DE LA LOCALIDAD :_____

TIPO DE VIALIDAD QUE TIENE EL DOMICILIO_____

CARRETERA **TIPO**: _____

CARRETERA DERECHO TRANSPORTE: _____

CARRETERA NOMBRE:. _____

TIPO DE CAMINO: ._____

NOMBRE DEL CAMINO: _____

_____

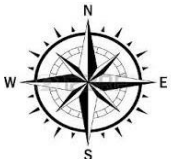
NUMERO EXTERIOR 1 DEL DOMICILIO:_____

NUMERO EXTERIOR 2 DEL DOMICILIO:_____

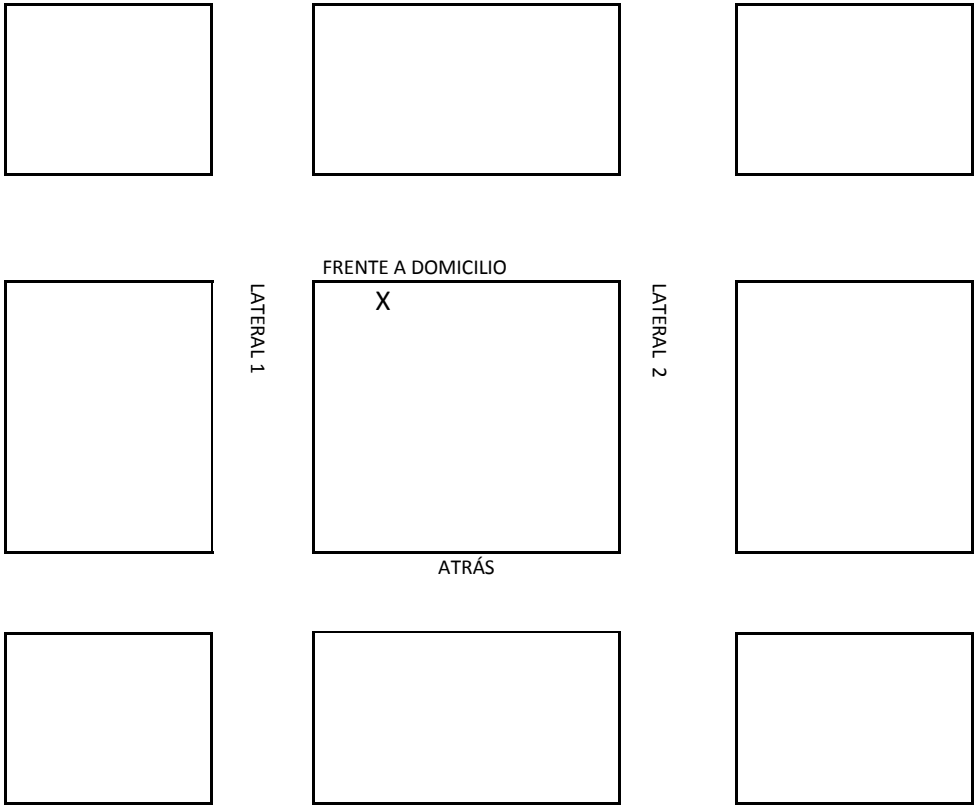
NUMERO INTERIOR:_____

NUMERO INTERIOR **ALFA**NUMERICO:).._____

TIPO DE ASENTAMIENTO: _____



CROQUIS:



Descripción relevante de la ubicación del domicilio, con referencia a lo que lo rodea:

Nota: Cuando no se cuente con

La información se pondrá NO DISPONIBLE,

Sujeto a revisión del Depto.