|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LOGO DIF INSTITUCIONAL** | PROGRAMA DE NUTRICION EXTRAESCOLAREstudio Socio- Familiar Simplificado | **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |
|  | Fecha de Elaboración: |
|  |  |
|  | Día Mes Año |
| 2. Composición Familiar |  |  | Edo. Civil |  |  | 3. Educación |   | **4.Ingresos**  |  |
| Fecha de nacimientoSexo/Edad |  |  |  | Relación Familiarcon el Beneficiario | Especificar |  | Especificar |  |
| Nombre Completo | H | M |  |  | Escolaridad | Ocupación | \* Eventual/ Permanente | IngresosMensuales | OTROS INGRESOS | Aportación alGasto familiar |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  \* En ocupación anotar si es eventual o permanente\*\* Considerar en otros ingresos la cantidad que ingresa aparte del ingreso mensual Total $  |  |  |  |
| **5. Vivienda** | **6. Egresos Mensuales**  |
| 1. **Condición**
 | 1. **Tipo de vivienda y distribución**
 | **E. Mobiliario** | Anotar en c/u la cantidad gastada por mes |
| Propia ( )Rentada ( )Compartida ( )En pago ( )Prestada ( )¿Quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Casa ( )Cuarto ( )Departamento ( )Jacal ( )Otro ( )Describa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Especifique EspaciosCocina ( )Baño ( )Cuartos ( )Patio ( )Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Características:Techo ( )Paredes ( )Piso ( ) |  Combustible para cocinarGas ( )Electricidad ( )Leña ( )Carbón ( )Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Electrodomésticos:Radio \_\_\_\_\_ Televisión\_\_\_\_Teléfono\_\_\_ Refrigerador\_\_\_Estufa de Gas\_\_\_\_\_\_ | Señalar No. y tipo de muebles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Buenas condiciones ( )Malas condiciones ( ) Observaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Alimentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Renta o pago de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Combustible \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Educación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trasporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medicina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ropa y calzado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Deudas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Total \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Observaciones\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **B. Servicios** | 1. **Característica**
 | **F. Limpieza y organización** |
| AguaEntubada ( )Pozo ( )Pipa ( ) | DesechosFosa séptica ( )Drenaje ( )Aire libre ( )  | IluminaciónLuz eléctrica ( )Aparato petróleo ( )Velas ( )Gas ( ) | PisoTierra ( )Cemento ( )Mosaico ( ) | MuroLadrillo ( )Adobe ( )Madera ( )Block ( )Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | TechoBóveda ( )Teja ( )Lamina ( )Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Limpia ( ) Sucia ( )Ordenada ( ) Desordenada ( )Iluminación buena ( ) mala ( ) Ventilación buena ( ) mala ( )Observaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 1 de 3

|  |  |
| --- | --- |
| **7. LA ALIMENTACIÓN LA CONSIDERA :** | **11. DIAGNOSTICO SOCIAL** |
| Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )  | **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 repatriados3.- ¿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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 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? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | **12.- JUSTIFICACIÓN DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA** |
|  |  |  |  |
| **10. SALUD** |  |
| Enfermedades o discapacidades de los miembros de la Familia |  |
| ¿Qué? | ¿Quién padece? | ¿Desde cuando? |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA:** | **12. OBSERVACIONES** |
| IMSS ( ) Centro de Salud ( ) Particular ( ) ISSSTE ( ) Cruz Roja ( ) DIF ( ) Servicios Médicos Municipales ( ) OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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)** |

 | **Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal**  |
|

|  |
| --- |
|  |
|  **Nombre y firma del encuestador** |

 | **Sello DIF Municipal** |

DIF-TRS-01A 2 de 3

 **** 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |   |  |   |
|  |  |

|  |
| --- |
| FRENTE A DOMICILIO |

 |  |  |
|   | LATERAL 1 |  X |  LATERAL 2 |   |
|  |  | ATRÁS |  |  |
|   |  |   |  |   |

CARRETERA **TIPO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CROQUIS:

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 

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.

 3 de 3