

**PROGRAMA PRO- BIENESTAR**  
**FICHA BENEFICIARIO COMPLEMENTO ALIMENTARIO ( B.C.A. )**

U.G.L. XI CTRO: ----- Expte :-----  
Apellido :-----Nombres:-----Beneficio N °-----  
Domicilio:----- Localidad :-----  
Teléfono:-----Documento Tipo-----Nº:-----  
Tipo de Beneficio : Jubilación : Pensión Por Invalidez ☐ Por Disc. Otra Razón :  
Fecha de Nacimiento :----- Estado Civil :-----  
Fecha de Alta B.C.A. .... Fecha De Baja B.C.A. .... Motivo.....  
Tipo B.C.A.: Bolsón. Comedor: Vianda :  
Recibe Otra Prestación ? SI NO Cual ? ..... De quien ?-----

**DATOS GENERALES**

Edad .....Talla.....Peso..... IMC .....  
Mayor problema de Salud : .....  
Camina: Con Dificultad .....Sin Dificultad..... No Camina..... / Fuma: SI ☐ NO ☐  
Recibe medicación ? SI ☐ NO ☐ / Ultima visita al medico ? .....meses atrás.....

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

**A : Grupo conviviente**

Apellido y Nombres	Edad	Grado de Parentesco
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**B: Grupo no conviviente**

Apellido y Nombres	Edad	Grado de Parentesco
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**NIVEL DE INGRESOS**

Monto Jubilación / Pensión \$ .....  
Otros ingresos propios \$ ..... fuente .....  
Ayuda Familiar \$.....De quien ?.....

**VIVIENDA**

VIVE.: Solo En pareja Con Familiares Con Otros  
Tipo de Vivienda Propia.....  
De familiar.....  
Alquilada ..... Pago Mensual \$ .....  
Hotel / Pensión..... Pago Mensual \$ .....  
Otros:

**ESTUDIOS CURSADOS**

Primario incompleto.....  
Primario Completo .....  
Secundario .....

Firma Beneficiario :-----Firma T.C.-----Leg.-----