



¿Donde trabaja? En: Institución pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Buhoneros <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Realiza algún tipo de actividad comercial dentro de la vivienda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ventas de: Dulces <input type="checkbox"/> Helados <input type="checkbox"/> Empanadas <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Malta <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Ingreso familiar: Ninguno <input type="checkbox"/> Menos 200.000 <input type="checkbox"/> 200.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 2.000.000 <input type="checkbox"/> 2.000.001 y más <input type="checkbox"/>		Tiene cuenta bancaria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene tarjeta de crédito: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene cesta ticket: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>V. Situación de la vivienda</b>				
Tipo de vivienda: Quinta <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rancho <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Otro: _____		Forma de tenencia: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Invadida <input type="checkbox"/> Traspasada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otro: _____		
		Terreno propio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pertenece ud a una (ocv): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo de paredes: Frisadas <input type="checkbox"/> Sin Frisar <input type="checkbox"/> Tablas <input type="checkbox"/> Bahareque <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Cartón Piedra <input type="checkbox"/> Otro: _____		Tipo de techo: Platabanda <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Tejas <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Raso <input type="checkbox"/> Machihembrado <input type="checkbox"/> Otro: _____		
		Enseres de la vivienda: Nevera <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Juego de comedor <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Camas <input type="checkbox"/> Muebles de sala <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> T.V <input type="checkbox"/> Utensilios de cocina <input type="checkbox"/> Aire acondicionado <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Condiciones salubridad de la vivienda: Limpia <input type="checkbox"/> Medianamente Limpia <input type="checkbox"/> Medianamente Sucia <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/> Otro: _____				
¿Presencia de insectos y roedores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Moscas <input type="checkbox"/> Hormigas <input type="checkbox"/> Ratones <input type="checkbox"/> Cucarachas <input type="checkbox"/> Ciempiés <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Tiene animales domésticos en la vivienda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Pajaros <input type="checkbox"/> Gallinas <input type="checkbox"/> Patos <input type="checkbox"/> Cochinos <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>VI. Salud</b>				
Existen en su nucleo familiar personas que padezcan de: Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Hipertención <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Necesita ud de alguna ayuda especial para familiares enfermos en su hogar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál es? _____		
		Situación de exclusión <input type="checkbox"/> Niños de la calle ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Indigentes ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Enfermos terminales ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Discapacitados ¿Cuántos? _____ <input type="checkbox"/> Tercera edad ¿Cuántos? _____		
<b>VII. Servicios</b>				
Aguas blancas: Acueducto <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Pila pública <input type="checkbox"/> De río <input type="checkbox"/> Otro: _____ Tiene medidor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Aguas servidas: Cloacas <input type="checkbox"/> Pozo septico <input type="checkbox"/> Letrinas <input type="checkbox"/> Al aire libre <input type="checkbox"/> Depositadas en bolsas <input type="checkbox"/> Otro: _____		
		Gas: Bombona <input type="checkbox"/> Tubería <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/>		
		Sistema eléctrico: Electrificado público <input type="checkbox"/> Planta eléctrica propia <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> ¿Tiene medidor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Recolección de basura: Aseo urbano <input type="checkbox"/> Container <input type="checkbox"/> Bajante <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Al aire libre <input type="checkbox"/> Quemada <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Telefonía: Domiciliaria <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Prepago <input type="checkbox"/> Centro de conexión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Transporte: Propio <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Bestias <input type="checkbox"/> Privado(taxi) <input type="checkbox"/> Otro: _____		
		Mecanismo de información: Televisión <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Prensa <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Medios alternativos comunitarios <input type="checkbox"/> Otros: _____		
		Servicios comunales: Mercado <input type="checkbox"/> Abasto <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Escuelas <input type="checkbox"/> Liceos <input type="checkbox"/> Plazas y parques <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Centro de salud <input type="checkbox"/> Canchas <input type="checkbox"/> Casa comunal <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/>		
<b>VIII. Participación comunitaria</b>				
¿Existen organizaciones comunitarias? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____		¿Participa ud. en algunas de ellas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		¿Participa alguien de la familia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		¿Cuáles misiones se están implementando en la comunidad? Rivas <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Vuelvan caras <input type="checkbox"/> Ezequiel Zamora <input type="checkbox"/> Mercal <input type="checkbox"/> Barrio adentro <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____		
¿Cree usted que en la actualidad el pueblo esta interviniendo en las decisiones sobre como deben gastarse los recursos en su comunidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Esta de acuerdo que según la Constitución es ahora el pueblo organizado quien debe tener el protagonismo y el poder para decidir sobre como intervenir el presupuesto en su comunidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		¿Tiene información sobre la propuesta de creación de Consejos Comunales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Como la obtuvo? _____		
		¿Estaria dispuesto a apoyar y participar en la creación de un Consejo Comunal en su comunidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
De crearse un Consejo Comunal en la comunidad, ¿en cuál área de trabajo le gustaria participar? (marque tres) Contraloría y seguimiento <input type="checkbox"/> Relaciones públicas y medios <input type="checkbox"/> Seguridad ciudadana <input type="checkbox"/> Infraestructura, vivienda y servicios públicos <input type="checkbox"/> Educación, cultura y tecnología <input type="checkbox"/> Elaboración de proyectos de desarrollo comunitario (Endógeno) <input type="checkbox"/> Salud, deporte y saneamiento ambiental <input type="checkbox"/> Ejecución de programas sociales y las misiones <input type="checkbox"/> Alimentación y nutrición <input type="checkbox"/> Otros: _____				
<b>IX. Situación de la comunidad</b>				
En orden de importancia ¿Cuáles cree ud. que son las principales potencialidades y aspectos ventajosos que tiene su comunidad?				
En orden de importancia ¿Cuáles cree ud. que son los principales problemas y debilidades de su comunidad?				
Datos del encuestador		Nombre y Apellido		
No. C.I.		Firma		