

FORMULARIO PARA DIAGNOSTICAR LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN
DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA PATI

Objetivo:	Obtener información sobre la demanda de capacitación según las necesidades y expectativas de las personas participantes en el PATI.
------------------	---

N° de Ficha de Inscripción	N° de Convenio de Coresponsabilidad

(EXCLUSIVO USO INTERNO)

Municipio:	AUP:	Fecha
		(Día) (Mes) (Año)
Nombre del Proyecto del PATI en el cual participa:		

SECCION 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre	1° Nombre	2° Nombre	3° Nombre
	1° Apellido	2° Apellido	Apellido de Casada
2. Nacionalidad	21. <input type="checkbox"/> Salvadoreña 22. <input type="checkbox"/> Extranjera	Pase a 3.3 en caso de ser Extranjera	23. País:
3. N° Documentos de Identidad:	3.1. DUI:	3.2. Cédula de identidad:	3.3. Carné de minoridad:
			3.4. Pasaporte:
4. Lugar y fecha nacimiento	4.1. Municipio:	4.2. Departamento:	4.3. Fecha: «FechaNacimiento»
5. Sexo:	1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino	6. Edad _____ (años cumplidos)	7. Jefe(a) de hogar: 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Compartida
8. Estado familiar:	1 <input type="checkbox"/> Soltero(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a) 3 <input type="checkbox"/> Acompañado(a) 4 <input type="checkbox"/> Divorciado(a) 5 <input type="checkbox"/> Separado(a) 6 <input type="checkbox"/> Viudo(a)		
9. Tiene Hijos: 1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	9.1. N° de hijos: _____	10. ¿Cuántas personas integran su grupo familiar? _____	
En caso responder Si pase a 10			
11. Se dedica a alguna Profesión u Oficio:	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	11.1. ¿A que Profesión u oficio se dedica? _____	
12. Dirección:	12.1. Colonia, caserío, asentamiento o comunidad, seguido del nombre de la calle o pasaje, y por último el número de casa o lote.		
	12.2. Municipio:	12.3. Departamento:	
12.4. Tel. Fijo: «TELE RESI»	12.5. Tel. Móvil:	12.6. Correo electrónico:	
13. ¿Tiene usted alguna discapacidad permanente?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No		
13.1. ¿Cual discapacidad tiene?	Conteste en la casilla que corresponda, sólo si tiene alguna o varias dificultades para realizar actividades de la vida diaria:		
1 <input type="checkbox"/> Moverse o caminar	2 <input type="checkbox"/> Usar sus brazos o manos		
3 <input type="checkbox"/> Ver, aun usando lentes	4 <input type="checkbox"/> Oír, aun usando aparatos especiales		
5 <input type="checkbox"/> Hablar	6 <input type="checkbox"/> Tiene algún retraso o deficiencia mental		
7 <input type="checkbox"/> Bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo	8 <input type="checkbox"/> Otra limitación permanente. Explique: _____		

SECCION 2. EDUCACIÓN FORMAL Y FORMACIÓN OCUPACIONAL

1. ¿Sabe usted leer y escribir?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	1.1. ¿Sólo lee?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	1.2. ¿Sólo escribe?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	1.3. ¿Sólo firma o huella?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuál es el último grado de estudio finalizado?:	2.1. Educación Básica	1 <input type="checkbox"/> Ninguno (Si responde "Ninguno" pase a pregunta 4)	2 <input type="checkbox"/> 1er. G ^{do} .	3 <input type="checkbox"/> 2° G ^{do} .	4 <input type="checkbox"/> 3er. G ^{do} .	5 <input type="checkbox"/> 4° G ^{do} .	6 <input type="checkbox"/> 5° G ^{do} .
		7 <input type="checkbox"/> 6° G ^{do} .	8 <input type="checkbox"/> 7° G ^{do} .	9 <input type="checkbox"/> 8° G ^{do} .	10 <input type="checkbox"/> 9° G ^{do} .		
2.2. <input type="checkbox"/> Bachillerato	2.3. <input type="checkbox"/> Tecnológica	2.4. <input type="checkbox"/> Universitaria	2.5. <input type="checkbox"/> Otra educación formal:		2.6. <input type="checkbox"/> Título o certificado obtenido:		
1 <input type="checkbox"/> Incompleto	1 <input type="checkbox"/> Incompleta	1 <input type="checkbox"/> Incompleta					
2 <input type="checkbox"/> Completo	2 <input type="checkbox"/> Completa	2 <input type="checkbox"/> Completa					
3. ¿Ha dejado de estudiar?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	3.1. ¿Hace cuánto tiempo?	1 <input type="checkbox"/> 1 año	2 <input type="checkbox"/> 2-3 años	3 <input type="checkbox"/> Más de 3 años	4 <input type="checkbox"/> NR	
Si responde Si conteste 3.1							
4. ¿Ha recibido antes algún(os) curso(s) de capacitación?	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No	(Si responde "No", pase a Sec. 3)					
5. Si, ¿Cuál(es)? Mencione solamente los recibidos los últimos 3 años	¿Lo impartió INSAFORP?	Año	¿El curso le dio beneficios?				
			Si responde Si , conteste pregunta 6				
			Si responde No , conteste pregunta 7				
1)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR				
2)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR				
3)	1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> No sabe		1 <input type="checkbox"/> Si 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NR				
Si recibió beneficios como producto del curso responda 6			Si no recibió beneficios como producto del curso responda 7				

6. ¿Para que le sirvió(eron) la(s) capacitación(es) que recibió? <u>(Puede marcar más de 1)</u>	
1 <input type="checkbox"/> Para obtener un empleo	2 <input type="checkbox"/> Cambiar a un empleo relacionado con la capacitación recibida
3 <input type="checkbox"/> Para trabajar por cuenta propia	4 <input type="checkbox"/> Obtener otros ingresos por trabajos extras
5 <input type="checkbox"/> Obtener oportunidades de promoción en mi empleo actual	6 <input type="checkbox"/> Otro:
7. ¿Por qué cree que no recibió beneficios como producto de la/las capacitación/es?	

SECCION 3. INFORMACIÓN SOBRE SU SITUACIÓN LABORAL

SECCION 3.1. INFORMACIÓN SOBRE LA OCUPACIÓN ACTUAL

1. ¿Realiza alguna actividad para obtener ingresos?		1 <input type="checkbox"/> Si	2 <input type="checkbox"/> No	<u>(Si responde "No", pase a Preg. 4;)</u>
2. El ingreso que obtiene es por medio de:		1 <input type="checkbox"/> Empleo Formal	2 <input type="checkbox"/> Otra actividad	
3. Descripción de la actividad para obtener ingresos:				
4. ¿A qué otra actividad se dedica usted actualmente que no le genera ingresos?		1 <input type="checkbox"/> Estudia	2 <input type="checkbox"/> Oficios del hogar	3 <input type="checkbox"/> Busca trabajo
		4 <input type="checkbox"/> Otra:	5 <input type="checkbox"/> Ninguna	
5. Si está empleado(a), ¿Qué tipo de empleo tiene? <u>(Puede marcar más de una casilla)</u>				
1 <input type="checkbox"/> Empleo a tiempo completo	2 <input type="checkbox"/> Negocio familiar	3 <input type="checkbox"/> Empleo a Medio tiempo	7 <input type="checkbox"/> Otro(s)	
4 <input type="checkbox"/> Independiente o cuenta propia	5 <input type="checkbox"/> Empleo por horas	6 <input type="checkbox"/> Empleo Temporal		

SECCION 3.2. EMPLEO FORMAL ANTERIOR. (Completar sólo en caso de NO estar trabajando o que en 3.1.2. respondió "Otra actividad")

1. ¿Ha trabajado antes?		1 <input type="checkbox"/> Si	2 <input type="checkbox"/> No	<u>(Si responde "No", pase a Sección 4)</u>
2. ¿Cuánto tiempo hace que no trabaja?		1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 año	2 <input type="checkbox"/> De 1 a 2 años	3 <input type="checkbox"/> Más de 2 y menos de 3 años
		4 <input type="checkbox"/> Más de 3 años		
3. Nombre de la última empresa en la que usted trabajó:				
4. ¿A qué se dedicaba la empresa en la que usted trabajó?				
5. ¿Cuál es el motivo por el que dejó de trabajar?		1 <input type="checkbox"/> Cambio de trabajo	2 <input type="checkbox"/> Jubilación	3 <input type="checkbox"/> Renuncia
		5 <input type="checkbox"/> Cierre de la empresa	6 <input type="checkbox"/> Otro:	4 <input type="checkbox"/> Despido
6. Puesto que desempeñaba en esa empresa:				
7. ¿Cuánto tiempo trabajó en esa empresa?		1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 año	2 <input type="checkbox"/> De 1 a 2 años	3 <input type="checkbox"/> Más de 2 y menos de 3 años
		4 <input type="checkbox"/> Más de 3 años		

SECCION 4. INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

1. ¿Usted recibe ingresos?		1 <input type="checkbox"/> Si	2 <input type="checkbox"/> No	<u>(Si responde "No", pase a Sección 5)</u>
2. ¿De que manera lo obtiene?		1 <input type="checkbox"/> Trabajo u otra actividad	2 <input type="checkbox"/> Ayuda familiar	3 <input type="checkbox"/> Remesa
		5 <input type="checkbox"/> Trabajo u otra actividad y remesa	6 <input type="checkbox"/> Otra:	4 <input type="checkbox"/> Pensión
3. ¿De cuánto es su ingreso personal?		Mensual US\$ =		Diario US\$ =

SECCION 5. EXPECTATIVAS RESPECTO A LA FORMACIÓN Y EXPECTATIVAS LABORALES

SECCION 5.1. EXPECTATIVAS RESPECTO A LA FORMACIÓN

1. ¿Qué le gustaría aprender, para trabajar?	a)	
	b)	
	c)	
2. ¿Qué espera lograr con la capacitación a recibir?		1 <input type="checkbox"/> Obtener un empleo
		2 <input type="checkbox"/> Trabajar x cuenta propia
		3 <input type="checkbox"/> Le es indiferente <u>(Puede marcar 2)</u>

SECCION 5.2. EXPECTATIVAS LABORALES

3. ¿Dónde le gustaría que estuviera ubicado su trabajo?		1 <input type="checkbox"/> En el mismo municipio	2 <input type="checkbox"/> En otro municipio	3 <input type="checkbox"/> Le es Indiferente
4. ¿En qué ocupará el dinero que espera ganar con su trabajo? <u>(Marque un máximo de 3 respuestas)</u>				
1 <input type="checkbox"/> Para ayudar en los ingresos de mi hogar	2 <input type="checkbox"/> Para independizarme de mi familia			
3 <input type="checkbox"/> Para mantener a mis hijos	4 <input type="checkbox"/> Para ayudar a mantener a mis padres o encargados			
5 <input type="checkbox"/> Para pagar mis estudios	6 <input type="checkbox"/> Otro:			

SECCION 6. SEGUIMIENTO

IMPORTANTE: Por favor brinde información de 1 persona, en caso que el INSAFORP necesite ponerse en contacto con usted para un seguimiento de la capacitación.

1. Nombre:		1.1. Parentesco: 1 <input type="checkbox"/> Familiar		2 <input type="checkbox"/> Amigo(a)
1.2. Dirección:				
1.3. Municipio:			1.4. Departamento:	
1.5. Tel. Fijo:		1.6. Tel. Móvil:		1.7. E-mail:

Gracias por su colaboración.

Por favor, ocupar este espacio para observaciones o sugerencias que considere útiles:

Lugar :	Firma entrevistado(a):	Entrevistó:	Firma de entrevistador(a):
---------	------------------------	-------------	----------------------------