



PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN PARA POBLACIÓN INFANTIL
DE 1 A 5 AÑOS EN RIESGO NO ESCOLARIZADOS

PROALIMNE

Estudio Socio- Familiar Simplificado 2013 (ANEXO 1)

Fecha de Elaboración: Día Mes Año

A partir de que fecha recibirá el apoyo alimentario

1. Identificación: N° de Expediente o Registro Status (Nuevo ingreso o Reingreso)

Nombre del Beneficiario :
Lugar y Fecha de Nacimiento:
Edad al ingresar al programa: Peso inicial: talla Inicial
Diagnostico:
Tipo de Vulnerabilidad:

Nombre del Padre o Tutor
Domicilio: Cruza con:

Municipio :

Localidad: N° telefónico:

2. Composición Familiar (De mayor a menor)

Nombre Completo:	Fecha de Nac.	Edad.	Sexo/		Edo. Civil	Relación Familiar con el Beneficiario	3. Educación	4. Ingresos				
			H	M			Especificar	Especificar				
							Escolaridad	Ocupación	* Eventual/ Permanente	Ingresos Mensual	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		C.	D. Tipo de vivienda y distribución		E. Mobiliario		6. Egresos Mensuales
Propia ()		Casa ()		Especifique Espacios	Combustible para cocinar	Señalar No. y tipo de muebles	Anotar en c/u la cantidad gastada por mes
Rentada ()		Cuarto ()		Cocina ()	Gas ()		Alimentos: _____
Compartida ()		Departamento ()		Baño ()	Electricidad ()		Renta o pago de casa _____
En pago ()		Jacal ()		Cuartos ()	Leña ()		Luz : _____
Prestada ()		Otro ()		Patio ()	Carbón ()		Agua: _____
¿Quién? _____		Describe _____		Otros _____	Otros _____	Buenas condiciones ()	Combustible : _____
						Malas condiciones ()	Teléfono _____
						Observaciones _____	Educación : _____
							Trasporte : _____
							Medicina : _____
							Ropa y calzado _____
B. Servicios			D.	E. Característica		F. Limpieza y organización	
Agua	Desechos	Iluminación	Piso	Muro	Techo	Limpia () Sucia ()	
			Tierra ()	Ladrillo ()	Bóveda ()	Ordenada () Desordenada ()	Deudas: _____
Entubada ()	Fosa séptica ()	Luz eléctrica ()	Cemento ()	Adobe ()	Teja ()	Iluminación buena () mala ()	Otros : _____
Pozo ()	Drenaje ()	Aparato petróleo ()	Mosaico ()	Madera ()	Lamina ()	Ventilación buena () mala ()	
Pipa ()	Aire libre ()	Velas ()		Block ()	Otros _____	Observaciones _____	Total _____
		Gas ()		Otros _____			Observaciones _____

7. La alimentación la considera :						11. Diagnostico social
Buena ()	Regular ()	Mala ()				1.-TIPO DE VULNERABILIDAD DEL BENEFICIARIO: <i>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, l) Contingencias naturales. J) Desnutrición. f) Menor hijo de madre adolescente,</i> 2.-TIPO DE PROBLEMÁTICA FAMILIAR POR ÁMBITOS: JUSTICIA: <i>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.</i> ECONOMÍA: <i>Trabajo Infantil</i> SALUD: <i>a) Desnutrición, b) Discapacidad, c) Adicciones</i> EDUCACIÓN: <i>Los padres no asistieron a la escuela</i> MIGRACIÓN: <i>a) Niños emigrantes sin compañía, b) Menores repatriados</i> 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 Por 5.- ¿Quién desempeña el papel de jefe de familia? 6.- ¿Qué problemáticas se observan en la comunidad: <i>a) Pandillerismo b) Delincuencia c) Drogadicción d) Falta de Fuentes de empleo</i> <i>e) Falta de medios de comunicación f) Otros:</i> JUSTIFICACIÓN DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA
Consumo de alimentos	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.-Servicio o apoyo solicitado a la Institución						
9.-Apoyos que 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?			
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 información pública del estado de Jalisco y sus municipios, artículo 25 fracción 1V en la que prohíbe a los sujetos obligados; a difundir, distribuir, transferir, publicar o comercializar información confidencial sin autorización de su titular. de igual forma el artículo 44 muestra un catálogo de información confidencial por lo que es responsabilidad de las autoridades municipales el uso que se le de a esta información.			

Firma del padre o tutor del beneficiario

Nombre y firma del encuestador

Vo.Bo. Director (a) DIF Municipal

Sello DIF Municipal