

ESTUDIO DEMOGRÁFICO Y SOCIOECONÓMICO

CONSEJO COMUNAL: _____
CODIGO: _____ RIF: _____ NRO DE CUENTA: _____

PLANILLA Nº _____
FECHA: _____

I. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD

ESTADO	MUNICIPIO	PARROQUIA	SECTOR	NOMBRE DE LA COMUNIDAD	DIRECCIÓN
--------	-----------	-----------	--------	------------------------	-----------

II. DATOS PERSONALES DEL JEFE DEL GRUPO FAMILIAR

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____	C.I. Nº: _____ V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO: _____ Si No EDAD CNE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TIEMPO EN LA COMUNIDAD: _____	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
INCAPACITADO: SI ___ NO ___ TIPO: _____ PENSIONADO: SI ___ NO ___ Institución: _____	ESTADO CIVIL Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/>	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Sin Instrucción <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico Medio <input type="checkbox"/> Técnico Superior <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN /OFICIO Indique a que se dedica _____
TRABAJA ACTUALMENTE SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
CLASIFICACIÓN DEL INGRESO FAMILIAR Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Por Trabajo Realizado <input type="checkbox"/>	INGRESO MENSUAL Bs.		

III. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FAMILIAR

Nº	Nombres y Apellidos	sexo	Cédula identidad	F/ Ncto.	Edad	Personas/ Discapacidad Tipo	Embarazo temprano	Parentesco	Grado de Instrucción	CNE	Profesión	Pensio nado	Ing. Mensual
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Observación:

IV. SITUACIÓN ECONOMICA				
Trabaja Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dónde Institución Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Por cuenta Propia <input type="checkbox"/> Buhonería <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"/> Empandas <input type="checkbox"/> Refrescos <input type="checkbox"/> Cervezas <input type="checkbox"/> Malta <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
INGRESO FAMILIAR:		Ninguno <input type="checkbox"/> Menos de 200.000 <input type="checkbox"/> 200.001 a 600.000 <input type="checkbox"/> 600.001 a 2.000.000 <input type="checkbox"/> 2.000.0001 y más <input type="checkbox"/>		
V. SITUACIÓN DE VIVIENDA				
CONDICIONES DEL TERRENO: Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Alto Riesgo <input type="checkbox"/> Vulnerable <input type="checkbox"/> Otro especifique: _____		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"/> Otros: _____		TIPO DE VIVIENDA Quinta <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Racho <input type="checkbox"/> Barraca <input type="checkbox"/> Habitación o anexo <input type="checkbox"/>
HABITACIONES DE VIVIENDA: Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Cant. de Habitaciones _____ PERTENECE UD. A UNA (OCV) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 o 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"/> Teja <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Machihembrado <input type="checkbox"/> Techo Raso <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Otro: _____ Está inscrita en el SIVH Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Constancia de Inscripción: Cotiza ley de Política Habitacional: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ENSERES DE LA VIVIENDA: Nevera <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Gabinete <input type="checkbox"/> Camas <input type="checkbox"/> A/A <input type="checkbox"/> Ventilador <input type="checkbox"/> Juego de Comedor <input type="checkbox"/> Muebles de Sala <input type="checkbox"/> Utensilios de Cocina <input type="checkbox"/> T.V. <input type="checkbox"/> Otros: _____
CONDICIONES DE SALUBRIDAD DE LA VIVIENDA Limpia <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/> Med Limpia <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Qué tipo de ayuda necesitas para mejorar tu casa Rehabilitación <input type="checkbox"/> Tipo _____ Sustitución <input type="checkbox"/>				
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"/> Otros <input type="checkbox"/>				
TIENE ANIMALES DOMÉSTICOS EN LA VIVIENDA Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Pájaros <input type="checkbox"/> Gallinas <input type="checkbox"/> Patos <input type="checkbox"/> Cochinos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
VI. SALUD				
¿Existen en su núcleo 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"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual: _____		¿Necesita usted 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? _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____
VII. SERVICIOS				
AGUAS BLANCAS: Acueducto <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Pila pública <input type="checkbox"/> Del río <input type="checkbox"/> Tiene tanque Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LTS Tipo _____ Pipotes Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuantos _____ Tipo _____ Tiene Medidor Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		AGUAS SERVIDAS: Cloacas <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Letrinas <input type="checkbox"/> Al aire libre <input type="checkbox"/> Depositada en bolsas <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____		GAS: Bombona <input type="checkbox"/> Tubería <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> Empresa que la suministra _____ Cantidad de Cilindros _____ 10kg <input type="checkbox"/> 18kg <input type="checkbox"/> 43kg <input type="checkbox"/> Duración _____ Precio del cilindro BsF.
SISTEMA ELÉCTRICO 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"/> tienes bombillos ahorradores si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cuantos necesita _____		RECOLECCIÓN DE BASURA: Aseo Urbano <input type="checkbox"/> Conteiner <input type="checkbox"/> Bajante <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Al aire libre <input type="checkbox"/> Quemada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
TELEFONÍA: Domiciliaria <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Prepago <input type="checkbox"/> Centro de conexión <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/>		TRANSPORTE: Propio <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Bestias <input type="checkbox"/> Privado (taxi) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		MECANISMOS 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 <input type="checkbox"/>
SERVICIOS COMUNALES: Mercado <input type="checkbox"/> Abastos <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Plazas y Parques <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Escuelas <input type="checkbox"/> Liceos <input type="checkbox"/> Centro de Salud <input type="checkbox"/> Canchas <input type="checkbox"/> Casa Comunal <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Otros: _____				
VIII. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA				
Existen Organizaciones Comunitarias Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____		¿Participa Usted en alguna de ellas? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Participa algún miembro de la familia? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cree Ud. que en la actualidad el pueblo está interviniendo en las decisiones sobre cómo deben gastarse los recursos de su comunidad? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Está de acuerdo, que según la Constitución, es ahora el Pueblo organizado quien debe tener el protagonismo y el Poder para decidir sobre como invertir 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"/> ¿Cómo la obtuvo? _____
¿Estaría dispuesto(a) a apoyar y participar en la creación de un consejo comunal en su comunidad? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Participa Ud. o asiste a las asambleas de Ciudadanos (as) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> de ser NO su respuesta explique: _____ _____				
Como cree Ud. Que se van a resolver los problemas del sector : _____ _____				
Quien cree que va a a resolver los problemas del sector : _____ Que tipo de proyectos le gustaría que se ejecutaran o que se desarrollaran en su comunidad: _____ _____				
Como apoyaría Ud. A que se realicen y ejecuten los proyectos _____ Que tipo de compromiso tiene Ud. con su sector para el mejoramiento: _____ Que opina Ud. del censo energético: _____				
¿De crearse un consejo comunal en su comunidad, en cual área de trabajo le gustaría participar? (Marque 3 opciones) 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"/> Formación y Conciencia Ideológica <input type="checkbox"/> Elaboración de Proyectos de Desarrollo Comunitario (Endógeno) <input type="checkbox"/> Alimentación y Nutrición <input type="checkbox"/> Educación Cultura y Tecnología <input type="checkbox"/> Salud, Deporte y Saneamiento Ambiental <input type="checkbox"/> Ejecución de Programas Sociales y las Misiones <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
IX. SITUACIÓN DE LA COMUNIDAD				
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? _____ _____				
X. DATOS DEL ENCUESTADOR NOMBRE Y APELLIDO _____		No. C.I.: _____ FIRMA: _____		DATOS DEL ENCUESTADO NOMBRE Y APELLIDO _____ No. C.I.: _____ FIRMA: _____

--	--	--	--

