



FORMATO PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA A FAMILIAS EN DESAMPARO

Folio _____

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

*Nombre(s)		*Apellido Paterno		*Apellido Materno	
*Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		*Fecha Nacimiento		*Lugar de Nacimiento del Beneficiario	
*Clave Unica de Registro Poblacional (CURP)				Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre	
*Calle	Núm.	Colonia	Municipio	Localidad	
Tipo de Localidad <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Semi-urbana <input type="checkbox"/> Rural			Localidad Indígena <input type="checkbox"/>		
Fecha de Solicitud		Fecha de Ingreso		Despensa <input type="checkbox"/>	
Escolaridad			Con Discapacidad <input type="checkbox"/>		
Grupo Vulnerable <input type="checkbox"/> Extrema Pobreza <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Mujer en Per. De Lactancia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Mayores de 60 <input type="checkbox"/> Situación Desastre Natural <input type="checkbox"/> Situación Desastre Antropogénico <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____					



FORMATO PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA A FAMILIAS EN DESAMPARO

Condición Laboral <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> No Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Dedicado al Hogar <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado o Pensionado					
*Calle	Núm.	Colonia	Localidad	Serv. Médicos <input type="checkbox"/>	
3. DATOS ECONÓMICOS DE LA FAMILIA DEL BENEFICIARIO.					
Ingreso Familiar	Periodicidad del Ingreso <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
Gasto Familiar	Periodicidad del Gasto <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
Cria Animales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Ganado <input type="checkbox"/> Ganado Menor <input type="checkbox"/> Ganado Mayor <input type="checkbox"/> Ambos		Los destina a: <input type="checkbox"/> Autoconsumo <input type="checkbox"/> Venta <input type="checkbox"/> Ambos casos		
Cultivo de Alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los destina a: <input type="checkbox"/> Autoconsumo <input type="checkbox"/> Venta <input type="checkbox"/> Ambos casos		Principales alimentos que consume la familia:		
Recibe algún otro tipo de apoyo. <input type="checkbox"/> Liconsa <input type="checkbox"/> Progresá <input type="checkbox"/> Corett <input type="checkbox"/> Habitat <input type="checkbox"/> Oportunidades <input type="checkbox"/> Oportunidades Productivas <input type="checkbox"/> Secoduvi <input type="checkbox"/> Sin especificar <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____					



FORMATO PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA A FAMILIAS EN DESAMPARO

Familia Indígena <input type="checkbox"/>	Lugar donde recibe el Apoyo				
2. DATOS FAMILIARES					
Parentesco con el Beneficiario <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Otro(a) ¿Cuál? _____					
*Nombre(s)		*Apellido Paterno		*Apellido Materno	
*Clave Unica de Registro Poblacional (CURP)				*Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
*Fecha Nacimiento					
Grupo Vulnerable <input type="checkbox"/> Extrema Pobreza <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Mujer en Per. De Lactancia <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Anciano <input type="checkbox"/> Situación Desastre Natural <input type="checkbox"/> Situación Desastre Antropogénico <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____					
*Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado					
*Escolaridad Nivel Escolar <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Licenciatura					



FORMATO PARA INGRESO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA A FAMILIAS EN DESAMPARO

Migración Frecuente del Sostén Familiar <input type="checkbox"/>	Sequia y Pérdida de Cosecha <input type="checkbox"/>				
La casa en la que habitan es: <input type="checkbox"/> A Crédito <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Prestada ¿Por quién? _____					
Material de las Paredes <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Block <input type="checkbox"/> Cartón <input type="checkbox"/> Lámina de Zinc <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Piedras <input type="checkbox"/> Sin especificar					
Material del Techo <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Huano <input type="checkbox"/> Lámina Asbesto <input type="checkbox"/> Lámina Cartón <input type="checkbox"/> Lámina de Zinc					
Material del Piso <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Ladrillo <input type="checkbox"/> Tierra		Señale los servicios con los que cuenta la vivienda: <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Pavimentación			Núm. de Cuartos
Tipo de Abastecimiento de Agua <input type="checkbox"/> Acequia <input type="checkbox"/> Aljibe <input type="checkbox"/> Noria <input type="checkbox"/> Ojo de Agua <input type="checkbox"/> Potable Colectiva <input type="checkbox"/> Potable Intradomiciliaria <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Rio					
Mobiliario con el que cuenta la casa <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisor <input type="checkbox"/> Lavadora					
Fecha Levantamiento		Nombre del Entrevistador			