



PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA
Estudio Socio- Familiar
Simplificado

Fecha de Elaboración:

Día Mes Año

1. Identificación

Nº de Expediente o Registro Municipio Estado
Nombre del Beneficiario:
Nombre del Responsable:
Tipo de Vulnerabilidad: CURP:
Comunidad: Localidad:
Domicilio: Teléfono

2. Composición Familiar

3. Educación

4. Ingresos

Especificar

Nombre Completo

Fecha
De
Nacimiento

Sexo/
Edad

H M

Edad Civil

Relación Familiar
con el
Beneficiario

Especificar

Escolaridad

Ocupación

* Eventual/
Permanente

Ingresos
Mensuales

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

6. Egresos Mensuales

| A. Condición | | C. Tipo de vivienda y distribución | | E. Mobiliario | | 6. Egresos Mensuales | |
|----------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|--|
| | | | | | | Anotar en c/u la cantidad gastada por mes | |
| Propia () | Casa () | Especifique Espacios | Combustible para cocinar | Señalar No. y tipo de muebles | Alimentos _____ | | |
| Rentada () | Cuarto () | Cocina () | Gas () | _____ | Renta o pago de casa _____ | | |
| Compartida () | Departamento () | Baño () | Electricidad () | _____ | Luz _____ | | |
| En pago () | Jacal () | Cuartos () | Leña () | _____ | Agua _____ | | |
| Prestada () | Otro () | Patio () | Carbón () | _____ | Combustible _____ | | |
| ¿Quién? _____ | Describe _____ | Otros _____ | Otros _____ | Buenas condiciones () | Teléfono _____ | | |
| | | Características: | Electrodomésticos: | Malas condiciones () | Educación _____ | | |
| | | Techo () Piso () | Radio _____ Televisión _____ | Observaciones _____ | Trasporte _____ | | |
| | | Paredes () | Teléfono _____ Refrigerador _____ | | Medicina _____ | | |
| | | | Estufa de Gas _____ | | Ropa y calzado _____ | | |
| B. Servicios | | D. Características | | F. Limpieza y organización | | Deudas _____ | |
| Agua | Desechos | Iluminación | Piso | Muro | Limpia () Sucia () | Otros _____ | |
| Entubada () | Fosa séptica () | Luz eléctrica () | Tierra () | Ladrillo () | Ordenada () Desordenada () | Total _____ | |
| Pozo () | Drenaje () | Aparato petróleo () | Cemento () | Adobe () | Iluminación buena () mala () | Observaciones _____ | |
| Pipa () | Aire libre () | Velas () | Mosaico () | Madera () | Ventilación buena () mala () | | |
| | | Gas () | | Block () | Observaciones _____ | | |
| | | | | Otros _____ | | | |

| 7. LA ALIMENTACIÓN LA CONSIDERA : | | | | | | 11. DIAGNOSTICO SOCIAL | |
|--|-------------|----------------|----------|----------------|--------|---|--|
| Buena () | Regular () | Mala () | | | | 1.- Señale la problemática que presenta la familia: a) Económica b) Violencia Intrafamiliar c) Adicciones d) Legales e) Salud f) Educación g) Alimentación h) Desempleo i) Otros _____ 2.- Qué ha hecho la familia para resolver la problemática detectada: _____ 3.- Hay colaboración y apoyo entre los miembros de la familia: a) Si b) No Por que _____ 4.- ¿Quién desempeña el papel de jefe de familia? _____ 5.- ¿Qué problemáticas se observan en la comunidad: a) Pandillerismo b) Delincuencia c) Drogadicción d) Falta de Fuentes de empleo e) Falta de medios de comunicación f) Otros _____ | |
| | 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 INSTITUCION | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 9. APOYOS QUE SE LE HAN OTORGADO A LA FAMILIA | | | | | | | |
| ¿Qué? | | ¿Quién? | | ¿Desde cuando? | | 12.- JUSTIFICACION DE INGRESO O PERMANENCIA EN EL PROGRAMA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 10. SALUD | | | | | | | |
| ENFERMEDADES O DISCAPACIDADES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA | | | | | | | |
| ¿Qué? | | ¿Quién padece? | | ¿Desde cuando? | | 13.- CONDICION ETNICA | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ATENCIÓN MEDICA RECIBIDA: | | | | OBSERVACIONES | | | |
| I MSS () CENTRO DE SALUD () PARTICULAR () ISSSTE () CRUZ ROJA () DIF () Servicios Médicos Municipales () OTRO _____ | | | | | | | |
| observaciones _____ | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Firma del beneficiario

Nombre y Firma del encuestador

Vo. Bo. Director(a) DIF Municipal

Sello DIF Municipal