

FPU-PROSSDIS

Formato de Padrón Único de los Programas Sociales de la Secretaría de Desarrollo e Integración Social Gobierno del Estado de Jalisco

FOLIO: 132166

Fecha de elaboración de la solicitud

24 06 14  
día mes año

Importante: Todos los documentos que a continuación se detallan deben de ser cotejados en original y copia. Las copias conformarán el expediente y deberán ser legibles.

PROGRAMA SOCIAL: Fondo Apoyo a Migrantes.

I.- Datos Generales del Solicitante

Nombre: Analuisa Apellido Paterno: Garcia Apellido Materno: Arellano  
Calle o Avenida: Lopez Mateos  
No. Exterior: Sin No. Interior: Colonia: Loma de Sotelo  
Entre las calles: Frente al quinder Municipio: Unión Localidad: Jalisco C.P. 47580  
Lugar de nacimiento: Municipio: Unión Estado: Jalisco Fecha de Nacimiento: 8 05 78  
Teléfono fijo Teléfono móvil: 395 11 2016-7 Correo electrónico de contacto

N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria	B. Bachillerato T. Técnica U. Superior	H. Hogar D. Desempleo J. Jornalero/albañil N. Ninguna	M. Empleado/obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	S. Soltera (o) C. Casada (o) D. Divorciada (o)	V. Viuda (o) U. Unión libre X. Separada (o)	M. Mujer	H. Hombre
Escolaridad		Ocupación		Estado Civil		Género	
<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> P <input type="radio"/> S <input type="radio"/> R <input type="radio"/> T <input type="radio"/> U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J <input type="radio"/> N <input type="radio"/> M <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> S <input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> V <input type="radio"/> U <input type="radio"/> X	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> M	<input type="radio"/> H

II.- Acreditación de identidad

Ciudadano mexicano Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_

*CURP (obligatorio)	G	A	A	A	7	8	0	5	0	8	M	C	R	R	U	O	I
IFE	G	R	A	R	A	7	8	0	5	0	8	1	4	U	4	0	0
Pasaporte																	
Credencial INAPAM																	
Credencial INSEN																	
Credencial DIF																	

¿Es indígena? Sí \_\_\_\_\_ No

Comunidad de origen: \_\_\_\_\_

¿Habla alguna lengua o dialecto indígena? Sí \_\_\_\_\_ No

¿Qué dialecto o lengua indígena habla?

III.- Estructura Familiar

(Datos de los miembros de la familia que viven y duermen en la misma vivienda que el solicitante)

¿Cuántas personas en total viven y duermen en su vivienda? 6

	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Género	Edad (Años)
1	Analuisa	Garcia	Arellano	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> H	36
2	Armando	RUIZ	Garcia	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> H	11
3	Pablo	RUIZ	Garcia	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> H	6
4	Giovanni	RUIZ	Garcia	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> H	4
5	Julio	RUIZ	Garcia	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> H	6
6	Eliza Guadalupe	RUIZ	Garcia	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> H	7
7				<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	
8				<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	

	J. Jefe (a) de familia E. Esposa (o)	H. Hija(o) O. Otro parentesco	H. Hogar S. Estudiante D. Desempleado J. Jornalero / albañil	E. Empleado / obrero C. Cuenta propia U. Jubilado O. Otra	N. Ninguna P. Primaria S. Secundaria	B. Bachillerato T. Técnica S. Superior	C. Completa I. Incompleta
	Parentesco		Ocupación			Escolaridad	
1	<input checked="" type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input checked="" type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input checked="" type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> I
2	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> I
3	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> I
4	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> I
5	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> I
6	<input type="radio"/> J <input type="radio"/> E	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> S <input type="radio"/> D <input type="radio"/> J	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C <input type="radio"/> U <input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> T <input type="radio"/> S	<input type="radio"/> C <input type="radio"/> I

**IV.- Salud**

Discapacidad		Motivo, Acreditación e Instancia Oficial que otorga credencial sólo para Programa Jalisco Incluyente			
Tiene algún tipo de discapacidad:	S. Sensorial M. Motriz	I. Intelectual E. Mental	Motivo de la discapacidad:	Cuenta con una acreditación por una Instancia oficial de la discapacidad que presenta:	Instancia oficial que otorga la credencial:
Sí <input type="checkbox"/>	Tipo de discapacidad		Porque nació así <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	DIF Estatal <input type="checkbox"/>
No <input checked="" type="checkbox"/>	(S) (M) (I) (E)		Por una enfermedad <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	DIF Nacional <input type="checkbox"/>
			Por un accidente <input type="checkbox"/>	Motivo:	COEDIS <input type="checkbox"/>
			Por edad avanzada <input type="checkbox"/>		IMSS <input type="checkbox"/>
			Por otra causa. (Especifique) <input type="checkbox"/>		CONADIS <input type="checkbox"/>
					Otro: <input type="checkbox"/>

Actualmente, ¿a qué institución está afiliado(a) o inscrito para recibir servicios de salud?

IMSS  Seguro Popular  PEMEX, Defensa o Marina  Seguro privado   
 ISSSTE  Otra, ¿cuál?  Ninguno

¿Cuándo tiene problemas de salud, ¿en dónde se atiende?

Centros de salud y hospitales (Secretaría de Salud)  Hospital o Instituto (Secretaría de Salud)  Seguro Social o IMSS   
 IMSS-Oportunidades  ISSSTE  Otro servicio médico público (PEMEX, Defensa, Marina, DIF)  Consultorios y hospitales privados   
 Consultorio de farmacias, ¿cuál(es)?  Curandero, hierbero, comadrona  Se automedica  Cruz Verde/Cruz Roja

**V.- Ingresos / Gastos**

¿Actualmente trabaja? Sí  No  ¿Cuál es su oficio, puesto o cargo? Jefa Hogar

¿Cuánto es su ingreso mensual personal? \$  ¿Cuánto es su ingreso mensual familiar? \$ 7,200

En el último año, recibió dinero por...

Programa social  Apoyo de un familiar  Apoyo de otra persona no integrante del hogar   
 Le envían dinero de otro país (remesas)  Otro

**VI.- Seguridad alimentaria**

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar dejaron de desayunar, comer o cenar? Sí  No

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos? Sí  No

En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿Alguna vez usted o alguien en su hogar comió menos de lo que debía? Sí  No

**VII.- Condiciones de vivienda**

C. Casa independiente	P. Propia	La vivienda está construida de...		
V. Cuarto de vedadad	R. Rentada	1. Tierra	4. Ladrillo	7. Lámina
D. Departamento	M. Prestada	2. Cemento/Block	5. Mosaico	8. Bóveda / Viguería
L. Local mercantil o cuarto de azotea	I. Intestada o en litigio	3. Adobe	6. Madera	9. Otro
La vivienda que habita es:	Esta vivienda es:	La vivienda está construida de...		
(C) (V) (D) (L)	(P) (R) (M) (I)	Pared	Techo	Piso

**VIII.-Equipamiento el hogar**

Este hogar cuenta con los siguientes servicios:	Si	No
1.- Teléfono fijo		X
2.- Teléfono móvil o celular	X	
3.- Agua potable	X	
4.- Drenaje	X	
5.- Electricidad	X	

Este hogar cuenta con los siguientes bienes:	Si	No
1.- Estufa de gas/ electricidad	X	
2.- Reproductor de DVD		X
3.- Automóvil	X	
4.- Refrigerador	X	
5.- Lavadora	X	
6.- Televisión	X	
7.- Computadora		X
8.- Horno de microondas/eléctrico		X

**IX. Redes de apoyo**

Considera que si necesitara...	Fácil	Difícil	No aplica
pedirle ayuda a alguien para que la (o) cuiden a usted en una enfermedad, ¿le sería?	X		
pedir ayuda para coseguir un trabajo, ¿le sería?		X	
pedir ayuda para que cuiden a las (os) niñas (os) en este hogar, ¿le sería?		X	
pedir ayuda para que lo acompañen al doctor, ¿le sería?	X		
pedirle a alguien dinero prestado, ¿le sería?		X	

**X.- Uso del tiempo**

En el transcurso de una semana, ¿cuánto tiempo dedica usted a...	Horas
Trabajar? (incluya todo el tiempo dedicado a su trabajo extradoméstico)	
Estudiar y hacer actividades relacionadas con el estudio? <i>(Ir a la escuela, hacer tareas, asistir a lugares como museos como parte de las tareas escolares, etc)</i>	
Cuidar, atender sin pago y de manera exclusiva a niños, ancianos, enfermos, personas con algún tipo de discapacidad? <i>(bañar, cambiar, trasladarlos, etc)</i>	
Realizar el quehacer de su hogar? <i>(lavar, planchar, cocinar, lavar trastes, ropa, borrar, cuidar animales, etc)</i>	7 hrs
Cuánto tiempo le quedó para realizar actividades que a usted le gustan? <i>(hacer deportes, ir al cine, leer, salir con amigos, escuchar música, ver televisión, descansar, etc)</i>	0

**XI.- Concentrado en apoyos sociales**

¿Recibe usted u otro integrante de su hogar apoyo de algún programa social?    Si     No

¿Cuántos?

¿Cuáles?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_



# ESTUDIO FAMILIAR SOCIO NUTRICIO

Folio \_\_\_\_\_



## 1.- DATOS GENERALES

Nombre de la Comunidad o Programa

Tipo de Vialidad

Nombre de Vialidad

Código Postal

Localidad

Entre Vialidades

Grupo

N° Exterior

N° Interior

Clave de Localidad

Municipio

Descripción de Ubicación

Fecha de Levantamiento

D / M / A

Fecha de Captura

D / M / A

Tipo de asentamiento

Nombre de asentamiento

Clave de Municipio

Estado

Clave de Estado

Teléfono / Celular

## 2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

ESCOLARIDAD

N°	Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Genero	Fecha de Nacimiento	Edad	Entidad de Nacimiento	CURP	Estado Civil	Parentesco	Escolaridad	Asiste a escuela
1					/ /							
2					/ /							
3					/ /							
4					/ /							
5					/ /							
6					/ /							
7					/ /							
8					/ /							
9					/ /							
10					/ /							

CONTROL (apartado exclusivo para Profesional Social)

OBSERVACIONES

Nombre y Firma del beneficiario

Vo.Bo. del Profesional Social

Vo.Bo. del Director General

Estoy de acuerdo en otorgar de manera voluntaria mis datos personales y como jefe de familia igualmente proporciono los datos de mi familia a La Asociación Mexicana de Bancos de Alimentos A.C. "AMB A.C.", con domicilio en calle Rinconada del Agua No. 2811, colonia Rinconada del bosque, Guadalajara, Jalisco, Código Postal 44530 quien utilizará estos datos personales recabados para procurar brindar atención y atender asuntos relacionados con la razón de ser de La Asociación mexicana de Bancos de Alimentos o Afiliados a ella, que es la lucha contra el hambre en nuestro país. Soy consciente que página. [www.bancosdealimentos.org.mx](http://www.bancosdealimentos.org.mx)

6.- CONDICIONES ECONÓMICAS

Equipamiento	Tiene		Sirve	
	Si	No	Si	No
Refrigerador				
Estufa				
VHS, DVD, Blu Ray				
Lavadora				
Licuadora				
Televisión				
Radio				
Sala				
Comedor				
Automóvil				
Cama				
Celular				
Motocicleta				
Computadora				
Horno				
Teléfono				

  

Condiciones		
Buena	Regular	Malá

		APOYOS EN ESPECIE	
Vivienda	\$	Tipo de apoyo	
Alimentación	\$		
Luz	\$		
Gas	\$	Quien lo proporciona	
Agua	\$		
Teléfono	\$		
Celular	\$		
Atención médica	\$	Frecuencia del apoyo	
Educación	\$		
Transporte	\$		
Otros gastos	\$		
TOTAL	\$		

APORTACIÓN SEMANAL		REMESAS	
Padre	\$	¿Alguien en el hogar recibe dinero proveniente de otros países?	
Madre	\$		Si
Hijos	\$	Frecuencia del apoyo	
PROSPERA	\$		
Adultos mayores PROSPERA	\$		
Becas	\$		
Pensión	\$		
Otros	\$		
TOTAL	\$		

7.- ALIMENTACIÓN (Señalar con una "X" el recuadro correspondiente) En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos...

1. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	Si	No	RESOLUCIÓN DEL BANCO DE ALIMENTOS		
2. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer o cenar?	Si	No	ESTATUS		
3. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que piensa debía comer?	Si	No	Rechazado	En espera	Aprobado
4. ¿Alguna vez se quedaron sin comida?	Si	No	TIPO		
5. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	Si	No	Cuota	Beca	Media Beca
6. ¿Alguna vez usted o algún adulto en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer durante un día?	Si	No	FRECUCENCIA		
<b>SI EN EL HOGAR NO HAY PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS PASE A LA SECCIÓN 8. RESULTADOS</b>					
7. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	Si	No	FRECUCENCIA		
8. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	Si	No	Semanal	Quincenal	Mensual
9. ¿Alguna vez en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad servida en la comida a algún menor de 18 años?	Si	No	DURACIÓN		
10. ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	Si	No			
11. ¿Algún menor de 18 años se durmió con hambre?	Si	No			
12. ¿Alguna vez algún menor de 18 años comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	Si	No	Meses		

### 3.- SEGURIDAD SOCIAL

### SALUD

N°	Ocupación	Tipo de Empleo	Prestaciones Laborales	Jubilación o Pensionado	Derechohabencia	Motivo Derechohabencia	Capacidades Diferentes	Condiciones de Salud	Adicciones	Etnia Indígena	Peso (Kg)	Tall (cm)
1			A B C D E F G H I									
2			A B C D E F G H I									
3			A B C D E F G H I									
4			A B C D E F G H I									
5			A B C D E F G H I									
6			A B C D E F G H I									
7			A B C D E F G H I									
8			A B C D E F G H I									
9			A B C D E F G H I									
10			A B C D E F G H I									

### 4.- SERVICIOS

LUZ	DRENAJE	BAÑO / ESCUSADO
Servicio Público	Red Pública	Descarga Directa
Planta Particular	Fosa Séptica	Agua con Cubeta
Panel Solar	Tubería que va a dar a una grieta o barranca	Letrina Seca
No tienen	Tubería que da a un río, lago o mar	Pozo u Hoyo
	No tiene drenaje	No tiene

COMBUSTIBLE	AGUA
Gas Tanque	Toma Domiciliaria
Electricidad	Toma común o fuera de vivienda
Gas Natural	Llave Pública
Leña o Carbón sin chimenea	Acarrean de otra vivienda
Leña o Carbón con chimenea	Pipa
Otro Combustible	Pozo, río, lago
	Sin servicio

### 5.- INFRAESTRUCTURA DE VIVIENDA

TENENCIA	CONSTRUCCIÓN	
Propia	Mayor parte de muros	Mayor parte de techo
Rentada	Lámina Metálica, asbesto	Concreto, losa o viguetas
Pagándose	Madera	Lámina de cartón, desecho
Prestada	Adobe	Lámina de asbesto, metálica
Asentamiento Irregular	Ladrillo, tabique	Madera, teja
Otro	Desechos, Cartón	Paja o palma
	Carrizo, Bambú	Otros
	Otros	

### Tipo de Casa

Tipo de Casa	Mayor Parte de Piso	Características
Independiente	Madera, Duela	No. de Cuartos
U. Habitacional	Mosaico, Vinil	Cuartos para Dormir
Vecindad	Cemento o firme	Cocina separada
Anexo a casa	Tierra	Cuarto de baño exclusivo
Vivienda móvil	Otros	
Compartida		
Refugio		