



**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DEL MUNICIPIO DE ELOTA**

PROGRAMA DE ATENCION ALIMENTARIA DE LA E.I.A.S.A.D.C.

REQUISITOS PARA SOLICITAR EL APOYO

- 1. LA COORDINADORA DEL PROGRAMA, CON SU RESPECTIVO PERSONAL, ACUDIRAN A LAS COLONIAS DE LA CABECERA MUNICIPAL Y COMUNIDADES DE LAS SINDICATURAS BENEFICIADAS POR EL PROGRAMA PARA REALIZAR EL CENSO ANUAL PARA EL NUEVO PADRON DE BENEFICIARIOS, ESTO SE REALIZA A INICIOS DE CADA AÑO.**
- 2. LA PERSONA SOLICITANTE DEBERA LLEVAR CONSIGO:**
 - **Curp del solicitante** (Original o copia, esto solo para obtener los datos solicitados en el estudio).
 - **Credencial de Elector del Solicitante** (Copia)
 - **Datos Familiares** ambos para el llenado del Estudio Socioeconómico.
- 3. EL ENTREVISTADOR DARA A CONOCER AL SOLICITANTE EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LOS PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SISTEMA DIF SINALOA, UNA VEZ LEIDO Y ENTERADO DEL USO DE SUS DATOS PERSONALES, PASARA A:**
- 4. RESPONDER A LAS PREGUNTAS POR EL ENTREVISTADOR PARA EL LLENADO DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO.**
- 5. EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.**

**ATENTAMENTE
ENCARGADA DEL PROGRAMA E.I.A.S.A.D.C.**

DATOS PERSONALES (BENEFICIARIO DIRECTO)

CURP : _____ Municipio: _____ Fecha de Entrevista: ____/____/____

Nombre (s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Entidad de Nacimiento: _____ Fecha de inicio: ____/____/____
(de la CURP del beneficiario)

Estado Civil: _____ Teléfono: _____ Escolaridad: _____ Localidad: _____

(marcar con una X)

Indígena ☐ SI ☐ NO Discapacidad ☐ SI ☐ NO Que tipo de discapacidad _____

Tipos de Localidad (marcar con una X)

Ejido	Rural	Urbana	Semi urbana
-------	-------	--------	-------------

Otros: _____

Tipo de Programa (marcar con una X)

Primeros 1000 días y Primera Infancia	En Situación de Vulnerabilidad
---------------------------------------	--------------------------------

Tipo de Población Atendida (marcar con una X)

Mujeres Embarazadas y en Período de Lactancia	Lactantes (6 a 24 meses)	Menores de 2 a 5 años No Escolarizados	Menores Educación Inicial CONAFE	Personas Mayores	Discapacidad	Docentes de Educación Inicial CONAFE	Vulnerabilidad por Enfermedad	Carencia Alimentaria o Desnutrición	Programa Indígenas
---	--------------------------	--	----------------------------------	------------------	--------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Firma o Huella

DATOS DEL BENEFICIARIO INDIRECTO (EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO ES MENOR O TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD)

CURP (Beneficiario indirecto): _____

Nombre (s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

APOYO DE MARCHA (ADICIONAL EN CASO DE DEFUNCIÓN DEL BENEFICIARIO)

Nombre (s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

CURP : _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN Y REFERENCIA

(Marcar con una x la opción correcta)

Tipo de Vialidad ☐ Calle ☐ Avenida ☐ Blvd Nombre de la vialidad: _____ Nº Ext: _____ C.P. _____
 Colonia: _____ Nº Int: _____

Tipo de Asentamiento ☐ Localidad ☐ Colonia ☐ Fracc. Entre calles: _____ Y _____
 Referencias de domicilio: _____

Tipo de Camino ☐ Camino ☐ Terracería ☐ Vereda Nombre del camino: _____

Carretera ☐ Federal ☐ Estatal ☐ Municipal ☐ Particular Nombre de carretera: _____ Tipo de Carretera ☐ Cuota ☐ Libre

INGRESOS FAMILIARES

Ingreso familiar	Periodicidad del ingreso	Gasto familiar	Periodicidad del gasto
\$		\$	

(Marcar con una x)

Cría de animales ☐	Tipo: _____	N° de personas del hogar:
Cultivo de Alimentos ☐	Lo destina a: _____	

(Marcar con una x la opción correcta)

El sostén de la familia presenta migración frecuente: ☐	Sequía y pérdida de cosecha en la presente temporada: ☐
--	--

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

¿En su hogar ha faltado dinero para comprar alimentos? ☐ SI ☐ NO

¿Algún adulto o menor del hogar ha dejado de comer por falta de alimentos? ☐ SI ☐ NO

¿Algún adulto o menor del hogar se ha ido a dormir con hambre por falta de alimentos? ☐ SI ☐ NO

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO

(Marcar con una x la opción correcta)

La casa es:	Otros: _____	¿Por quién?: _____			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Propia</td> <td style="width:33%;">Rentada</td> <td style="width:33%;">Prestada</td> </tr> </table>	Propia	Rentada	Prestada		
Propia	Rentada	Prestada			

Número de cuartos: _____ **Mobiliario de la casa:** _____

Materiales de paredes	Otros: _____				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Concreto</td> <td style="width:25%;">Ladrillo</td> <td style="width:25%;">Adobe</td> <td style="width:25%;">Lamina</td> </tr> </table>	Concreto	Ladrillo	Adobe	Lamina	
Concreto	Ladrillo	Adobe	Lamina		

Materiales de techo	Otros: _____		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Concreto</td> <td style="width:50%;">Lamina</td> </tr> </table>	Concreto	Lamina	
Concreto	Lamina		

Materiales de piso	Otros: _____		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Concreto</td> <td style="width:50%;">Tierra</td> </tr> </table>	Concreto	Tierra	
Concreto	Tierra		

Disposición de excretas: _____

Servicios con que cuenta	Otros: _____			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Agua</td> <td style="width:33%;">Luz</td> <td style="width:33%;">Drenaje</td> </tr> </table>	Agua	Luz	Drenaje	
Agua	Luz	Drenaje		

Tipo de abastecimiento de agua	Otros: _____		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Agua entubada</td> <td style="width:50%;">Agua de pozo</td> </tr> </table>	Agua entubada	Agua de pozo	
Agua entubada	Agua de pozo		

Observación:



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN SINALOA

PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA DE LA EIASADC
DEPARTAMENTO DE DESPENSAS
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Elementos para sumar a registros administrativos de programas, Acciones y/o servicios otorgados

De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera parte de una comunidad indígena?

Si		No	
-----------	--	-----------	--

De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿se considera afromexicano(a) o afrodescendiente?

Si		No	
-----------	--	-----------	--

¿Es la persona que abandona el lugar en que nació y llega al Estado para establecerse en él de manera temporal o definitiva?

Si		No	
-----------	--	-----------	--

Si su respuesta es afirmativa, especifique el origen:

Nacional	Internacional	Especifique

¿En los últimos tres meses sufrió algún tipo de violencia?

Si		No	
-----------	--	-----------	--

Si su respuesta es afirmativa, especifique el tipo principal de violencia sufrida:

Psicológica	Física	Patrimonial	Económica	Sexual

Responsable del Programa

Beneficiario

Firma y Sello del Municipio

Nombre y Firma o Huella

Conforme a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Sinaloa y a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sinaloa, El Sistema DIF Sinaloa con domicilio en Blvd. Miguel Tamayo 3000 Nte. Desarrollo Urbano 3 Ríos C.P. 80020, Culiacán, Sinaloa, emite el presente Aviso de Privacidad para informar que es responsable de la confidencialidad, uso y protección de la información de los datos personales que se llegaren a proporcionar a esta Secretaría, por cualquier medio disponible para tal efecto.

Al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales serán utilizados con la finalidad de que la persona sea beneficiada de los apoyos y/o servicios que ofrecen los programas de Asistencia Social del Sistema DIF Sinaloa.

¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en la dirección electrónica: <http://dif.transparenciasinaloa.gob.mx/avisos-de-privacidad-del-sistema-para-el-desarrollo-integral-de-la-familia-dif/>

Beneficiario

Nombre y Firma o Huella