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 DEL 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, REGISTRO ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA Y EL CUESTIONARIO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA**

5. **EL TRAMITE ES TOTALMENTE GRATUITO.**

ATENTAMENTE
ENCARGADA DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN SINALOA **RDAA-05.02**
PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA DE LA EIASADC
DEPARTAMENTO DE DESPENSAS

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

CURP : _____ **Municipio:** _____ **Fecha de Entrevista:** __/__/__
(Beneficiario directo)

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

Fecha de Nacimiento: __/__/__ **Entidad de Nacimiento:** _____ **Fecha del Beneficio :** __/__/__
(de la CURP del beneficiario)

Discapacidad | SI | NO | **Indigena:** | SI | NO | **Estado Civil:** _____ **Teléfono:** _____
(Marcar con una x)

Escolaridad: _____ **Localidad:** _____ **Colonia:** _____ **C.P.** _____

Tipos de Localidad (marcar con una X)			
Ejido	Rural	Urbana	Semi urbana

Otros: _____

CURP (Beneficiario indirecto): _____

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

Tipo de Programa (marcar con una X)		
Primeros 1000 días	En Situación de Vulnerabilidad	En Sit. de Emergencia y Desastres

Tipo de Población Atendida (marcar con una X)						
Mujeres Embarazadas y en Período de Lactancia	Lactantes (6 a 24 meses)	Personas Mayores	Discapacidad	Niños de 2 a 5 años 11 meses	Carencia Alimentaria o Desnutrición	Programa Indígenas

DIRECCIÓN Y REFERENCIA

(Marcar con una x la opción correcta)

Tipo de Vialidad		
Calle	Avenida	Blvd

Nombre de la vialidad: _____ **Nº Ext:** _____
Colonia: _____ **Nº Int:** _____

Tipo de Asentamiento		
Localidad	Colonia	Fracc.

Entre calles: _____ Y _____
Referencias de domicilio: _____

Tipo de Camino		
Camino	Terraceria	Vereda

Nombre del camino: _____

Carretera			
Federal	Estatal	Municipal	Particular

Nombre de carretera: _____

Tipo de Carretera	
Cuota	Libre

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN SINALOA
PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA DE LA EIASADC
DEPARTAMENTO DE DESPENSAS

RDAA-05.02

DATOS FAMILIARES

Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)	Fecha de Nac.	Sexo		Escolaridad	Condición Laboral
					H	M		

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN SINALOA
PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA DE LA EIASADC
DEPARTAMENTO DE DESPENSAS

RDAA-05.02

INGRESOS FAMILIARES

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

(Marcar con una x)

Cría de animales ☐ **Tipo:** _____

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: ☐

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO

(Marcar con una x la opción correcta)

La casa es:

Propia	Rentada	Prestada

Otros: _____ **¿Por quién?:** _____

Número de cuartos: _____

Mobiliario de la casa: _____

Materiales de paredes

Concreto	Ladrillo	Adobe	Lamina

Otros: _____

Materiales de techo

Concreto	Lamina

Otros: _____

Materiales de piso

Concreto	Tierra

Otros: _____

Disposición de excretas: _____

Servicios con que cuenta

Agua	Luz	Drenaje

Otros: _____

Tipo de abastecimiento de agua

Agua entubada	Agua de pozo

Otros: _____

CUESTIONARIO SEGURIDAD ALIMENTARIA

INSTRUCCION: Coloca el número que corresponda a la respuesta proporcionada por el

NUNCA = 0	**A VECES = 2**
RARA VEZ = 1	**SIEMPRE =3**

NO.	PREGUNTA: EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	PUNTAJE
1	¿En su hogar faltó dinero para comprar alimentos?	
2	¿Le ha preocupado a usted o a algún adulto de su familia que la comida se acabe en su hogar?	
3	¿Usted o algún adulto de su familia se quedo sin comer todo el día por falta de dinero?	
4	¿Usted o algún adulto de su familia ha dejado de comer en el desayuno, comida o cena por falta de dinero?	
5	¿Usted o algún adulto de su familia consumió el mismo alimento por varios días por que no pudieron obtener otro por falta de dinero?	
6	¿Usted o algún adulto de su familia ha desayunado, comido o cenado menos de lo que acostumbra por falta de dinero?	
7	¿Usted o algún adulto de su familia sintió o se quejó de hambre por falta de comida?	
8	¿Usted o algún adulto de su familia se ha ido a dormir con hambre por falta de comida?	
9	¿Se compraron menos alimentos de los necesarios para los niños de su hogar por que el dinero no alcanzó?	
10	¿Algún menor de 18 años de su hogar se ha quedado sin comer todo el día por falta de dinero?	
11	¿Algún menor de 18 años de su hogar dejo de desayunar, comer o cenar por falta de dinero?	
12	¿Algún menor de 18 años de su hogar consumió el mismo alimento por varios días por que no pudieron obtener otro por falta de dinero?	
13	¿Algún menor de 18 años de su hogar ha desayunado, comido o cenado menos de lo que acostumbra por falta de dinero?	
14	¿Algún menor de 18 años de su hogar se ha quejado de hambre por falta de comida?	
15	¿Algún menor de 18 años de su hogar se ha ido a dormir con hambre por falta de comida?	
TOTAL:		

ELABORÓ
Nombre: _____

ENTREVISTADO
Nombre: _____

Clasificación de la Inseguridad Alimentaria según ELCSA			
Escala para hogares con adultos y niños (Items 1-15)	**Puntaje**	**Escala para hogares solo con adultos (Items 1-8)**	**Puntaje**
Seguro	0	Seguro	0
Leve	1 - 15	Leve	1 - 8
Moderada	16 - 30	Moderada	9 - 16
Severa	31 - 45	Severa	17 - 24

Las clasificaciones permiten determinar el tipo de apoyo que necesita la familia encuestada.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN SINALOA

PROGRAMAS DE ATENCIÓN ALIMENTARIA DE LA EIASADC

DEPARTAMENTO DE DESPENSAS

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 sufrio algún tipo de violencia?

Si		No	

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

Psicologica	Física	Patrimonial	Económica	Sexual

Elaboró: _____

Entrevistado: _____

SINALOA
GOBIERNO DEL ESTADO

AVISO DE PRIVACIDAD DE PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL SISTEMA DIF SINALOA

DIF SINALOA

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/