



CEDULA DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN Cédula Núm.: _____ SOCIECONÓMICA AL PROGRAMA BIENESTAR DE CORAZÓN A CORAZÓN ANEXO 2

Folio Único Bienestar Beneficiaria: _____

Personal de bienestar se presentará ante la persona a entrevistar, haciendo énfasis en que la información que proporcione es confidencial/verídica. Una vez establecido el encuadre aplicará la cédula llenando todos los espacios de acuerdo a las opciones de respuesta que se tengan.

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Delegación: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ INE:

CURP

 Edad ___ Fecha de Ingreso ___/___/___ Teléfono(s) _____

Domicilio: _____ Colonia/Barrio: _____ Referencia _____

VULNERABILIDAD

1.- Estado Civil de la madre soltera: ___ Divorciada ___ Viuda ___ Separada

2.- ¿Tiene Hij@s?: Si ___ No ___ ¿Cuántos?: _____

Nombres y Apellidos	Edad	Escolaridad	CURP
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3.- ¿Esta usted embarazada? Sí () No () ¿Cuántos meses tiene? _____ ¿Lleva control médico? Si ___ No ___

4.- ¿Alguien de su familia tiene Capacidad Diferente o está Enfermo? Sí () No (),

¿Quién?	Nombres y Apellidos	Edad	Especifique Enfermedad:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5.- ¿Sabe Leer y Escribir?: ___ Sí ___ No (Pase a la pregunta 8)

6.- ¿Qué escolaridad tiene usted?: ___ Ninguna ___ Primaria Terminada ___ Primaria Inconclusa ___ Secundaria Terminada ___ Secundaria inconclusa ___ Preparatoria Terminada ___ Preparatoria Inconclusa ___ Universidad Terminada ___ Universidad Inconclusa ___ Otra (Especifique _____)

7.- ¿Habla usted alguna lengua indígena?: Sí () No () ¿Cuál? ___ Tzotzil ___ Tzeltal ___ Tojolabal ___ Mame ___ Zoque ___ Chol Otra ¿Cuál? _____

8.- ¿Pertenece usted a un grupo indígena?: Sí () No () ¿Cuál? ___ Tzotzil ___ Tzeltal ___ Tojolabal ___ Mame ___ Zoque ___ Chol ___ Otra ¿Cuál? _____

9.- ¿Actualmente cuántos miembros de su hogar realiza un trabajo por el que perciba un ingreso?: _____

10.- ¿A Cuánto asciende el ingreso familiar mensual?: \$ _____

11. ¿Cuántas comidas al día acostumbran hacer los miembros de este hogar? _____

12. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos, ¿alguna vez usted o algún miembro de su hogar mayor de 18 años dejó de desayunar, comer o cenar?

Si () No ()

13. ¿Generalmente en una semana comen/toman en este hogar...

Frutas? -----
 Verduras? -----
 Carne de pollo, res, cerdo o conejo (incluye jamón, salchicha o menudencias)? -----
 Pescado (Fresco, seco o en lata)? -----
 Huevo? -----
 Cereales o leguminosas (sopa de pasta, tortillas, pan, avena, frijoles, lentejas)? -----
 Lácteos (leche, queso, yogurt)? -----

SI	NO	NS

14.- ¿Tiene personas que dependen de usted? Si () No ()

Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

- 15.- ¿La casa donde usted vive es?: Propia Rentada Prestada Otro (Especificar) _____
- 16.- ¿De qué material son las paredes de la casa? Tabique Block Adobe Embarre Lámina Cartón Madera Otro (Especificar) _____
- 17.- ¿Y el techo? Losa Teja Lámina de asbesto Lámina de cartón Palma Otros (Especificar) _____
- 18.- ¿Y el piso?: Cemento Madera Tierra Otro (Especificar) _____

SERVICIOS

- 19.- El agua que utilizan en la casa ¿Cómo la obtienen?: Entubada dentro de la casa Entubada fuera de la casa, pero dentro del terreno Entubada de llave pública Entubada que acarrear de otra casa De pipa De un pozo, río, lago, arroyo Otro(Especificar) _____
20. ¿Cuenta con servicio de drenaje?: Si () No () Red pública Fosa séptica Tubería que va a dar a () Barranca () Grieta () Río, Lago o Mar
- 21.- Su Casa ¿Cuenta con servicio de energía eléctrica?: SI () NO ()
- 22.- ¿Cuántas personas viven en su casa?: _____ y ¿Cuántos Cuartos tiene su Casa?: _____

ANTECEDENTES DE APOYOS DE PROGRAMAS

- 23.- ¿Cuenta con algún servicio de salud? Si () No () Privada, especifique: _____
 Pública: IMSS () ISSTECH () Seguro Popular () SEDENA () ISSSTE () Otro (Especificar) _____
- 24.- ¿Está asegurada con servicio médico por parte de algún familiar?
 Si () No () Privada Pública IMSS () ISSTECH () Seguro Popular () ISSSTE () SEDENA () Otro (Especificar) _____
- 25.- ¿Actualmente es usted beneficiaria de algún programa de gobierno?:
 Sí () No (), ¿De qué programa? Prospera Procampo Fonaes Canasta básica Otros (Especificar): _____
- 26.- ¿Ha participado en alguno de los Programas de la Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres?
 Si () No (), ¿EnCuál? Una Semilla para Crecer, (¿En qué fase?) _____ Microempresas Sociales Otro (Especificar) _____

observaciones	Nombre y firma Personal bienestar:	Nombre y Firma Entrevistada:

Fecha de Aplicación: _____

Vo. Bo.

 Coordinador (a) municipal de BIENESTAR

Este programa es publico ajeno a cualquier partido político.
 Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

