

H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

OCA6 Información de destinatarios y Beneficiarios de Bienes o apoyos otorgados, así como los programas sociales.

- a) Nombre o denominación del programa

PROGRAMA DE NUTRICIÓN DE MENORES DE 1 AÑO

- b) Unidad Administrativa que lo coordine, otorgue y resguarde.

DIRECCIÓN DEL D.I.F MPAL.

- c) Servidor Público responsable de la entrega del apoyo.

IRMA GONZALEZ HERNANDEZ

- d) Documento de requisitos y criterios para otorgarlos.

COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL MENOR, COPIA DEL CURP DEL MENOR, COPIA DE LA CREDENCIAL DEL PADRE O TUTOR, COPIA DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO.

- e) Documento de Padrón de beneficiados y destinatarios.

PADRON DE BENEFICIADOS DE 1 AÑO

- f) Monto, apoyo o bien otorgado.

EL COSTO DE ESTA DESPENSA ES DE \$ 40.00 (CUARENTA PESOS 00/100 M.N.)

- g) Periodo.

SE REALIZA EL APOYO MENSUALMENTE

ENCARGADA DE LA DESPENSA DE NUTRICION DE MENOR DE 1 AÑO

C. IRMA GONZALEZ HERNANDEZ

ELABORÒ

AUTORIZÒ

C. JOSE MARIA BONFIL OLIVAN
SECRETARIO DEL D.I.F MPAL.
AXOCHIAPAN, MORELOS

C. LETICIA CONCEPCION AMPUDIA SOSA
DIRECTORA DEL D.I.F MPAL.
AXOCHIAPAN, MORELOS

H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

PROGRAMA DE DESPENSA MENOR DE 1 AÑO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE MORELOS



PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES DE 1 AÑO

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

FECHA: _____

NOMBRE DEL MENOR: _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE(S)

CURP

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

EDAD: _____ SEXO: 1) MASCULINO PESO: _____ ESTATURA: _____
AÑOS Y MESES 2) FEMENINO KILOS Y GR. METROS Y CM.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

A. PATERNO

A. MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

EDAD: _____ SEXO: 1) MASCULINO EDO. CIVIL: 1) SOLTERA (O) 3) DIVOR./SEPARADA 5) CASADA (O)
 2) FEMENINO 2) VIUDA (O) 4) MADRE SOLTERA 6) UNIÓN LIBRE

DOMICILIO: _____
CALLE NUM. COLONIA

LOCALIDAD

MUNICIPIO

1.- ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL JEFE DE FAMILIA?

ANOTE CON NÚMERO: _____

2.- ¿CUÁNTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ASISTEN A LA ESCUELA?

ANOTE CON NÚMERO: _____

3.- INGRESO FAMILIAR MENSUAL (CONSIDERANDO EL DINERO QUE APORTAN TODOS EN EL MES AL GASTO FAMILIAR) MARQUE CON 'X' EN UNA SOLA CASILLA

- 0) MENOS DE 1 S.M.
 1) DE 1 S.M. A MENOS DE 2 S.M.
 2) DE 2 S.M. A MENOS DE 3 S.M.
 3) DE 3 S.M. A MENOS DE 4 S.M.
 4) DE 4 S.M. A MENOS DE 5 S.M.
 5) MAS DE 5 S.M.

S.M. = SALARIO MINIMO

4.- ¿EN QUÉ CONSISTE LA ALIMENTACIÓN DIARIA?

- | | | |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|
| FRIJÓL | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| ARROZ | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| TORTILLA | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| CARNE | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| LECHE | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| HUEVO | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |
| REFRESCO | <input type="checkbox"/> 0) NO | <input type="checkbox"/> 1) SI |

2) OTROS:

5.- RÉGIMEN DE LA PROPIEDAD

MARQUE CON 'X' EN UNA SOLA CASILLA

- 1) PROPIA
 2) RENTADA
 3) PRESTADA
 4) OTRA: _____
ESPECIFIQUE

6.- AYUDA QUE RECIBE DE OTRAS INSTITUCIONES O DEPENDENCIAS:

MARQUE CON 'X' UNA O MAS CASILLAS

- 0) NINGUNA
 1) OPORTUNIDADES
 2) DESAYUNOS ESCOLARES
 3) DESPENSA
 4) OTRO: _____
ESPECIFIQUE

8.- SUGERENCIAS

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR:

FAVOR DE LLENAR TODA LA INFORMACION QUE SE PIDE, LOS ESTUDIOS SOCIO-ECONOMICOS INCOMPLETOS SON RECHAZADOS EN EL MOMENTO DE LA ASIGNACIÓN

H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

ANEXO 3