H. AYUNTAMIENTO DE AXOCHIAPAN

DIRECCION DEL D.I.F MPAL.

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

a) Nombre o denominación del programa

PROGRAMA DE NUTRICIÒN DE MENORES DE 1 AÑO

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

DIRECCIÒN 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 BENEFICIARIOS SE ENCUENTRA BAJO RESGUARDO DEL GOBIERNO DEL ESTADO YA QUE ES UN PROGRAMA ESTATAL

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

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

AUTORIZÒ

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

MORELOS | DIF 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 :_____ AÑOS Y MESES SEXO : ☐ 1)MASCULINO ☐ 2) FEMENINO PESO:_____ KILOS Y GR. ESTATURA: _____ METROS Y CM.

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

_____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE(S)

_____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO

EDAD:_____ SEXO : ☐ 1)MASCULINO ☐ 2)FEMENINO EDO. CIVIL: ☐ 1)SOLTERA (O) ☐ 2)VIUDA (O) ☐ 3)DIVOR./SEPARADA ☐ 4)MADRE SOLTERA ☐ 5)CASADA (O) ☐ 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	☐ 0) NO	☐ 1) SI
ARROZ	☐ 0) NO	☐ 1) SI
TORTILLA	☐ 0) NO	☐ 1) SI
CARNE	☐ 0) NO	☐ 1) SI
LECHE	☐ 0) NO	☐ 1) SI
HUEVO	☐ 0) NO	☐ 1) SI
REFRESCO	☐ 0) NO	☐ 1) SI

☐ 2) OTROS : _____
ESPECIFIQUE

NÚMERO TELEFÓNICO:_____.

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 CAPTURA.
FAVOR DE ***NO ENVIAR*** AQUELLOS ESTUDIOS SE MARQUE CON APOYO DE OPORTUNIDADES.

ANEXO 3