

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 5 AÑOS

- 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 5 AÑOS

- f) Monto, apoyo o bien otorgado.

EL COSTO DE ESTA DESPENSA ES DE \$ 17.00 (DIECISIETE PESOS 00/100 M.N.)

- g) Periodo.

SE REALIZA EL APOYO MENSUALMENTE

ENCARGADA DE LA DESPENSA DE NUTRICION DE MENOR DE 5 AÑOS

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 5 AÑOS

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



PROGRAMA DE ATENCIÓN A MENORES DE 5 AÑOS

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) JUNIÓN 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: _____
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.