

FORMATO DE TRABAJO SOCIAL / REGISTRO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Número de Expediente Fecha de registro: Día Mes Año

DATOS GENERALES

Nombre: H M Edad Estado Civil
 Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Lugar de Nacimiento
 Calle Número: Colonia
 Localidad Municipio
 C. P. Teléfono Particular Caseta Celular
 Escolaridad Profesión / Oficio RFC
 CURP: Correo electrónico
 Habilidad ¿Estudia? Sí No ¿Dónde?
 Trabajo Sí No ¿Dónde? Pertenece a alguna asociación: Sí No
 ¿Cuál? Pertenece a algún sindicato: Sí No
 ¿Cuál? Pensionado Sí No
 ¿Dónde? Monto de la Pensión: \$ Derechohabiente: INFONAVIT FOVISSST
 NSS

DATOS MÉDICOS

Tipo de Discapacidad: Grado: Causa de
 la Discapacidad: Congénita Adquirida Accidente Enfermedad Nacimiento Adicción Otro
 Temporalidad: Valoración Sí No Fuente de la valoración
 Rehabilitación Sí No ¿Dónde? Fecha de inicio: Día Mes Año
 Fecha de término: Día Mes Año Tipo de Sangre: Servicio Médico Sí No
 ¿Cuál? ¿Ha tenido cirugía? Sí No Tipo de cirugía:
 Enfermedades:
 Medicamentos:
 Alergias:
 ¿Usa prótesis u órtesis? Sí No ¿De qué tipo?

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Vivienda: Propia Prestada Rentada \$ La esta pagando \$
 Características de la vivienda: Casa Departamento Vecindad Otra
 Número de habitaciones: Cocina Sala Baño Otros:
 Techo: Lámina Cemento Otro: Pared:
 Servicios: Agua potable Drenaje Luz eléctrica Gas Internet Cable Teléfono Celular
 Carro
 Electrodomésticos: Televisión Estufa Lavadora Estéreo Microondas Computadora
 Licuadora DVD
 Número de personas que dependen de usted económicamente: ¿Tiene deudas? Sí No ¿A
 cuánto asciende la deuda: \$

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
PROGRAMA "SUMANDO A LAS MADRES ZACATECANAS"
FICHA DE REGISTRO

1. Nombre: _____ Edad: _____
2. Domicilio: _____
Colonia: _____ Localidad: _____
3. Municipio: _____ Teléfono: _____
4. Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____
5. Clave CURP: _____
6. Último grado de estudios: _____ Sabe leer y escribir? _____
7. Vive en casa: () propia () rentada () prestada () otro
8. Estado civil: () soltera () casada () viuda () divorciada () separada () otro
9. Ocupación: _____
10. Cuánto le pagan: _____
11. Si no trabaja cómo solventa sus gastos: _____
12. Ya había recibido el apoyo de Jefas de Familia: Sí () No ()
13. Cuánto era el monto: \$ _____ 15. Durante cuánto tiempo lo recibió: _____
14. Recibe oportunidades _____ Cuánto recibe \$ _____
15. Cuántos hijos tiene: _____
16. Edades y escolaridad: _____
17. OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTOS QUE SE LE SOLICITARON:

- () Copia del acta de Nacimiento de ella
- () Copia de la constancia de Ingresos
- () Documento que acredite su estado civil
- () Copia de la CURP de ella
- () Copia de la Credencial de Elector
- () Copia del Acta de Nacimiento de los Hij@s (menores de 15 Años)
- () Copia de la CURP de los Hij@s
- () Constancia de Estudios de los Hij@s
- () Original del Comprobante de Domicilio
- () Certificado Médico, en caso necesario.

Zacatecas, Zac., a _____ de _____ del 2013.

RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FICHA:

BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DESAYUNOS ESCOLARES (MODALIDAD CALIENTE)

DATOS DEL BENEFICIARIO

1.- MUNICIPIO *	_____		
2.- NOMBRE(S) DE LA LOCALIDAD *	_____		
3.- TIPO DE LOCALIDAD * (Elija una opción)	<input type="checkbox"/> Ejido () <input type="checkbox"/> Indígena () <input type="checkbox"/> Rural () <input type="checkbox"/> Se desconoce () <input type="checkbox"/> Semi urbana () <input type="checkbox"/> Urbana () <input type="checkbox"/> no especificar () <input type="checkbox"/> Otro ()		
4.- NOMBRE DE LA ESCUELA *	_____		
5.- NIVEL *	Preescolar () Primaria: 1° () 2° () 3° () 4° () 5° () 6° () Educación Especial () Secundaria: 1° () 2° () 3° () Secundaria Abierta () Bachillerato 1° () 2° () 3° () Proyecto 9 - 14 de Primaria Intensa () Sin Escolaridad () Desconocido () Sin Especificar ()		
6.- GRUPO *	A () B () C () D () E () Sin especificar ()		
7.- CICLO ESCOLAR *	2011 - 2012 () 2012 - 2013 ()		
8.- FECHA DE SOLICITUD	_____	9.- FECHA DE INGRESO	_____
10.- NOMBRE(S) DEL BENEFICIARIO *	_____		
11.- APELLIDO PATERNO *	_____	12.- APELLIDO MATERNO	_____
13.- SEXO *	FEM. () MASC. ()		
14.- DISCAPACIDAD	SI () NO ()		
15.- FECHA DE NACIMIENTO *	Día () Mes () Año ()		
16.- CURP	_____	17.- LUGAR DE NACIMIENTO	_____
18.- NUM. DE CARTILLA	Continuar al reverso →		

DIRECCIÓN (Domicilio particular)

19.- CALLE Y NUMERO _____

DATOS DEL TUTOR

20.- PARENTESCO *	<input type="checkbox"/> Padre () <input type="checkbox"/> Madre () <input type="checkbox"/> Padrastro () <input type="checkbox"/> Madrastra () <input type="checkbox"/> Pariente () <input type="checkbox"/> Conyuge () <input type="checkbox"/> Pareja eventual () <input type="checkbox"/> Sin especificar ()			
21.- NOMBRE(S) *	_____			
22.- APELLIDO PATERNO *	_____	23.- APELLIDO MATERNO	_____	
24.- SEXO *	Fem. () Masc. ()		25.- CURP:	_____
26.- EDO. CIVIL * Especificar	<input type="checkbox"/> Casado(a) () <input type="checkbox"/> Divorciado(a) () <input type="checkbox"/> Soltero(a) () <input type="checkbox"/> Unión libre () <input type="checkbox"/> Viudo(a) () <input type="checkbox"/> Sin especificar ()			
27.- FAMILIA INDIGENA	SI () NO ()			

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL (para ser llenado por el Sistema DIF Municipal)

28.- FECHA DE MEDICION * _____

29.- PESO * _____

30.- TALLA * _____

NOTA IMPORTANTE:
 LOS DATOS SOLICITADOS Y SEÑALADOS CON
 ASTERISCO * SON INDISPENSABLES



UNIDAD BASICA DE REHABILITACION

EVALUACION DE TRABAJO SOCIAL

NOMBRE		
EDAD	SEXO	Num. De Exp.
DOMICILIO		
SERVICIO SOLICITADO		
ENVIADO POR		
QUE SERVICIO MEDICO TIENE		
FECHA		

SALARIO	CALIE.
SIN SALARIO / SALARIO MINIMO	0
SALARIO MINIMO	1
+ DEL SALARIO MINIMO	2
2-3 VECES DEL SALARIO MINIMO	3
4-5 VECES DEL SALARIO MINIMO	4

SITUACION ECONOMICA	CALIE.
MALA	0
REGULAR	1
BUENA	2
EXCELENTE	3

TIPO DE VIVIENDA	CALIE.
SIN VIVIENDA / CUARTO REDONDO	0
VECINDAD CUARTO IMPROVISADO	1
CASA DEPTO. POPULAR	2
CASA DEPTO. RESIDENCIAL	3

NUMERO DE DORMITORIOS	CALIE.
VIVIENDA DE UN CUARTO	0
VIVIENDA DE 1 DORMITORIO	1
VIVIENDA DE 2 DORMITORIOS	2
VIVIENDA DE 3 DORMITORIOS	3
VIVIENDA DE 4 DORMITORIOS	4

GRUPO FAMILIAR	CALIE.
10 ó MAS INTEGRANTES	0
DE 7 A 9 INTEGRANTES	1
DE 4 A 6 INTEGRANTES	2
DE 1 A 3 INTEGRANTES	3

OCUPACION	CALIE.
DESEMPLEADO / SUB. EMPLEADOS	0
JORNALEROS	1
EMPLEADOS	2
COMERCIO ESTABLECIDO	3
PROFESIONALES EMPRESARIOS	4

TOTAL

0 A 3	4 A 6	7 A 9	10 A 12	13 A 17	18 A 21	22 A 25
EXENTO		0	B		A	

NOMBRE Y FIRMA DE LA T.S. _____

No. DE CREDENCIAL _____

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:

(Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s))

DOMICILIO:

(Calle

Número

Colonia)

(Delegación o Municipio

Entidad Federativa

Código Postal

Teléfono)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

(Año

Mes

Día

Lugar)

SEXO

EDAD

ESTADO CIVIL

CANALIZADO POR

ESCOLARIDAD

OCCUPACIÓN

INGRESOS



DIRECCION GENERAL
DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO



AYUDA EN ESPECIE

¿Como obtuvo informacion de los apoyos que ofrece el DIF?

¿Ha recibido anteriormente algún apoyo por parte del DIF? SI NO FECHA TIPO DE APOYO

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

- DICTAMEN MEDICO () CARTA DE SOLICITUD () IDENTIFICACION () ACTA DE NACIMIENTO ()
- FOTOGRAFIA () COMPROBANTE DE INGRESOS () COMPROBANTE DE DOMICILIO ()
- OFICIO DE CANALIZACION () OTROS ()

2. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:

(Apellido Paterno) Apellido Materno (Parentesco)

DOMICILIO:

(Calle) Número Colonia (Delegación o Municipio) Entidad Federativa Código Postal Teléfono



DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO



5. **ALIMENTACIÓN** (QUE REGULARMENTE CONSULTE LA FAMILIA)
DESAYUNO _____

COMIDA _____

CENA _____

6. **VIVIENDA**

TIPO DE VIVIENDA _____

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ () AGUA () GAS () DRENAJE () TELÉFONO () OTROS ()

NÚMERO DE ESPACIOS: SALA () COMEDOR () RECÁMARA () COCINA () BAÑO () OTROS _____

MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES _____

TECHIDO _____ PISO _____

7. **SALUD DEL BENEFICIARIO**

PADECIMIENTO ACTUAL _____

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS () ISSSTE () OTRO ()

RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: SI () NO () DÓNDE _____

CAUSA _____



GOBIERNO DEL ESTADO
ZACATECAS

ZACATECAS



DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

M. D.
Familias BR
CAC
movimiento 2010

FECHA Y LUGAR DE LA PREGUNTA

(Año Mes Día Lugar)

EVALUACIÓN GENERAL

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que los datos que proporciono al SMDF y SEDIF en este estudio socioeconómico son verídicos, en caso contrario, esta solicitud así como los otros trámites posteriores serán cancelados.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL REPRESENTANTE
DEL SMDF O SEDIF



DEPENDENCIA: SISTEMA ESTATAL PARA EL
DESARROLLO DE LA FAMILIA

AREA: DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO
COMUNITARIO

PROGRAMA: ATENCION A MENORES DE 6 AÑOS EN
RIESGO , NO ESCOLARIZADOS

FICHA DE VALORACION

MUNICIPIO:

COMUNIDAD O COLONIA:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (A):

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

FECHA:

PESO:

KG:

TALLA:

CM:

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

AVANCE/RECUPERACION:

NOMBRE Y CARGO DEL DOCTOR (A)

**NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE
DEL SEGUIMIENTO DEL SMDIF**