



Instrucciones:

Favor de contestar según la
Guía de llenado anexa al final.

Este cuadro es para llenado exclusivo de DIF Jalisco.

Nº Folio: _____

Hogar 1.- Seguro 2.- Inseguridad Leve 3.- Inseguridad Moderada 4.- Inseguridad Severa

Elaborado por: _____

Nombre y Cargo _____

1. Ficha de Identificación

Entidad Federativa _____

Municipio _____

Localidad _____

2. Datos de Identificación del Beneficiario

Nombre del Beneficiario _____

Nombres _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Sexo Masculino

Femenino

Fecha de Nacimiento _____

Mes Día Año

CURP _____

Teléfono _____

Estado Civil

1. Soltero

2. Casado

3. Divorciado

4. Viudo

5. Unión Libre

Escolaridad _____

Estatus de Estudio _____

Ocupación _____

Institución de Servicio de Salud _____

1. Adulto Mayor (se considera a partir de los 60 años)

2. Alcohólicos y farmacodependientes rehabilitados

3. Discapacitados

4. Hijos de padre en extrema pobreza

5. Indígenas

6. Jornalero

7. Menor adolescente con algún tipo de discapacidad

8. Menor de 18 años desnutrido

9. Menor de 18 años hijos de padre con enfermedad terminal

10. Menor de 18 años niño de la calle

11. Mujer en período de embarazo

12. Mujer en período de lactancia

13. Mujeres en situación especial (maltratada, violentada, abusada o explotada)

14. Mujeres solas o en viudez



Nombre del Responsable _____

Parentesco del Beneficiario al Responsable _____

3.- Dirección de la Vivienda

Tipo de vialidad _____ Vialidad _____ No. Exterior _____ No. Interior _____

Calles con las que cruza _____ C.P. _____ Tipo de carretera _____

Asentamiento _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

Tipo de Camino _____ Descripción de ubicación _____

4.- Composición Familiar

Nombre Completo Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual

5.- Calidad y Espacios de la Vivienda

1. ¿El material de la casa de la vivienda es de tierra?
 Si No

2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos?
 Si No

3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho?
 Si No

4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina

5. ¿Es propietario de la casa en donde vive?
 Si No

6. ¿En la zona en la que usted vive, hubo algún desastre natural grave durante los últimos 3 meses, en el que su hogar o familia resultó afectado?
 Si No

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda

1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?
Si No
2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica?
Si No
3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica?
Si No
4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos?
Si No
5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento?
Si No

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria

En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez

1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?
Si No
2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?
Si No
3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?
Si No
4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
Si No
5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
Si No
6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
Si No
7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?
Si No
8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?
Si No

¿En su hogar viven personas menores de 18 años?

- Si Continuar
- No Finalizar Cuestionario



**Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Ayuda Alimentaria Directa**



9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?

Si No

12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?

Si No

15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

Si No

10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

Si No

13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?

Si No

11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?

Si No

14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?

Si No

Observaciones:

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF