



Instrucciones:

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

Este cuadro será llenado por SMIJF después de capturarla

- 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

Día _____ Mes _____ Año _____

CURP _____

Telefono _____

Ingreso Mensual _____

Indígena

SI

No

Discapacidad

SI

No

Tipo

Auditiva

Mental

Motora

Visual

Ocupación _____

Institución de Servicio de Salud _____

Tipo de Población Objetivo

1. Mujer en periodo de embarazo
 2. Mujer en periodo de lactancia
 3. Niña y Niño de 6 meses
 4. Niña y Niño de 1 a 2 años

Nombre del Responsable _____

Parentesco del Responsable con el Beneficiario _____

NOTA:

En caso de contar con más de un tipo de población objetivo, se deberán marcar las opciones que correspondan.



Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida



3.- Dirección de la Vivienda

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

Calles con las que cruza _____ Tipo de carretera _____

Asentamiento _____ C.P. _____

Tipo de Camino _____ Nombre del asentamiento _____ Derecho de Tránsito _____

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

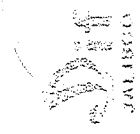
1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda?
 Si No

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

9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?
 Si No
10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?
 Si No
11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
 Si No
12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?
 Si No
13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?
 Si No
14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?
 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

Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida



Observaciones:

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

Dirección de Seguridad Alimentaria
Departamento de Orientación Alimentaria
Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIIA)
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida

UBICACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DE LA LOCALIDAD DEL DOMICILIO DEL BENEFICIARIO: _____ CLAVE DE LA LOCALIDAD: _____

TIPO DE VIALIDAD QUE TIENE EL DOMICILIO _____

CARRETERA TIPO: _____

CARRETERA DERECHO TRANSPORTE: _____

CARRETERA NOMBRE: _____

TIPO DE CAMINO: _____

NOMBRE DEL CAMINO: _____

NUMERO EXTERIOR 1 DEL DOMICILIO: _____

NUMERO EXTERIOR 2 DEL DOMICILIO: _____

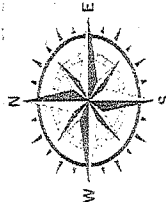
NUMERO INTERIOR: _____

NUMERO INTERIOR ALFANUMERICO: _____

TIPO DE ASENTAMIENTO: _____

CROQUIS:

			LATERAL 1		
			FRENTA A DOMICILIO X		
			LATERAL 2		
			ATRAS		



Descripción relevante de la ubicación del domicilio, con referencia a lo que lo rodea.

Nota: Cuando no se cuente con la información se pondrá NO DISPONIBLE, Sujeto a revisión del Depto.



Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria
Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable
Carta Compromiso de Padres o Tutores de Beneficiarios
Niñas y Niños de 6 a 24 Meses de Edad
Programa Alimentario Primeros 1,000 Días de Vida



Fecha _____

Municipio _____

Localidad _____

Yo _____ Madre, Padre o Tutor del Beneficiario _____ valido con mi firma la información proporcionada en la EFIIA así mismo estoy enterada/o de mis derechos y me comprometo a cumplir con las responsabilidades y obligaciones del "Programa de Asistencia Social Alimentaria en los Primeros Mil días de Vida" que me fueron informadas en la primera reunión informativa ejercicio 2020.

LINEAMIENTOS PARA OTORGAR EL APOYO ALIMENTARIO:

1. Presentar en el tiempo y forma los documentos completos requeridos para la formación de su expediente.
2. Los datos que proporcione la madre, padre o tutor del Beneficiario serán verídicos y podrán ser dados de baja aquellos que presenten documentos apócrifos y/o alteren o falsifiquen la información para ingresar al programa. Por lo que deberá informar al encargado del programa de cualquier cambio en su domicilio.
3. Acudir 3 veces al año al lugar que se le indique para control y seguimiento de peso/ talla y diagnóstico nutricional cuando se requiera.
4. Acudir mensualmente a su plática de inducción y Orientación Alimentaria en el lugar y horario propuesto; firmando las listas de entrega, la asistencia, entre otros, (con dos faltas no justificadas se dará de baja).
5. Notificar al Sistema DIF municipal en caso de no continuar con el programa, para solicitar su baja.
6. Hacer buen uso de la dotación alimentaria. (Se suspenderá el apoyo en caso de tener conocimiento de que el alimento es vendido, tirado o regalado).
7. Pagar la cuota de recuperación establecida por el Sistema Estatal DIF, a excepción de las zonas consideradas como indígenas. (Establecido por Reglas de Operación del programa).
8. Contar con su participación para formar parte del Comité de Contraloría Social.
9. Informar al encargado del programa cualquier cambio en relación a su domicilio y/o cambio de residencia.

NOTA: Los beneficiarios(as) no podrán recibir apoyo de otros programas alimentarios.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre y firma del (a) director SMDIF

Sello SMDIF