



# EL ESTADO DE JALISCO

## PERIÓDICO OFICIAL

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 <small>Nombre (s)/ A apellido Paterno/ Apellido Materno</small>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2. ¿El material del techo de la vivienda es lámina, cartón o desechos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3. ¿El material de los muros es de embarro, carrizo, bambú, lámina, (cartón, metálica, asbesto) o material de desecho? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. Número de habitaciones de la vivienda sin contar baño ni cocina <input type="text"/>		5. ¿Es propietario de la casa en donde vive? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

  

6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda					
1. ¿Su hogar cuenta con agua entubada dentro de la vivienda? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2. ¿Su hogar cuenta con drenaje o fosa séptica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		3. ¿Su hogar dispone de energía eléctrica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4. ¿Utiliza el gas para cocinar o calentar los alimentos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		5. ¿Su hogar cuenta con refrigerador en funcionamiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

# EL ESTADO DE JALISCO

## PERIÓDICO OFICIAL

110

7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria		
<b>En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez</b>		
1. ¿Usted se preocupó de que los alimentos se acabaran en su hogar?	2. ¿En su hogar se quedaron sin alimentos?	3. ¿En su hogar dejaron de tener una alimentación saludable y balanceada?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	5. ¿Usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	6. ¿Usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	8. ¿Usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<p>¿En su hogar viven personas menores de 18 años?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> Continuar</p> <p>No <input type="checkbox"/> Finalizar Cuestionario</p>		
9. ¿Algún menor de 18 en su hogar dejó de tener una alimentación saludable y balanceada?	10. ¿Algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?	11. ¿Algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?	13. ¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?	14. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre peor no comió?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. ¿Algún menor de 18 años en su hogar sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

Los datos personales que nos proporciona serán única y exclusivamente utilizados y resguardados conforme a lo dispuesto en la normatividad interna del Programa de Asistencia Social Alimentaria en los Primeros 1,000 Días de Vida. Serán de utilidad para el registro, seguimiento, soporte e integración de expedientes de beneficiarias y beneficiarios para la atención que se desarrollará en el marco del Proyecto "05, Primeros 1,000 Días de Vida", así como para fines estadísticos y conforme al ejercicio de las facultades y obligaciones de dependencias del Gobierno Federal y Estatal.

El uso y resguardo a cargo del Sistema DIF Municipal y el Departamento de Apoyo Alimentario a Población Vulnerable del Sistema Estatal DIF Jalisco, será de 5 años entrando en vigor a partir de su ingreso al programa

He leído el aviso y acepto.

No acepto.

Nombre y Firma de la beneficiaria o beneficiario(a) indirecto.

Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF

Nombre y Firma del Encargado del Programa

Sello SMDIF

**Guía de llenado**

Encuesta de Focalización de Individuos con Inseguridad Alimentaria (EFIA)

Punto	Contenido	Descripción
<b>Elaborado por</b>	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIA.
<b>1. Ficha de identificación</b>	Entidad Federativa, Municipio y Localidad	La Entidad Federativa siempre será Jalisco. El Municipio y localidad será a donde corresponda su SMDIF.
<b>2. Datos de Identificación de Beneficiarios</b>	Nombre	Anotar nombre iniciando por: <b>Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno.</b>
	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento iniciando por: <b>Mes, Día y Año.</b>
	Sexo	Anotar en el cuadro correspondiente al sexo: <b>masculino o femenino.</b>
	CURP	Clave Única de Registro de Población, (asegurarse que cuente con 18 caracteres).
	Estado Civil	Anotar en el cuadro el estado civil del encuestado: <b>soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre, No Aplica en el caso de los niños.</b>
	Teléfono	Solicitar número telefónico de <b>celular o casa</b> , para localizarlo en caso de emergencia.
	Indígena	Referenciar si el beneficiario es indígena ( Registrar si o no según corresponda).
	Discapacidad	Registrar si o no, en caso afirmativo especificar si es <b>auditiva, motora, mental y/o visual.</b>
	Ocupación	Preguntar a que se dedica, pudiendo ser: <b>hogar, desempleado, jornalero, albañil, empleado, obrero, cuenta propia, jubilado, estudiante, ninguna u otra.</b>
	Institución de Servicio de Salud	Solicitar institución de Salud a la que está afiliado: <b>IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Seguro Privado o ninguno.</b>
	Tipo de población objetivo	Marcar en el cuadro el tipo de población, pudiendo ser mas de uno, según corresponda.
	Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en
Parentesco del Beneficiario	Solicitar el parentesco de la persona responsable: <b>hermano (a), esposo (a), hijo (a),</b>	

# EL ESTADO DE JALISCO

## PERIÓDICO OFICIAL

112

<b>3. Dirección de la vivienda</b>	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador,
	Vialidad	Anotar el nombre de la antes mencionada.
	Número Exterior	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calles con las que cruza la vialidad donde vive.
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio,
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre de la antes descrita.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.	
Descripción de la Ubicación	Señalar las características de la casa, así como su entorno para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. A un lado de la Escuela Primaria Reforma, etc.</i>	
<b>4. Composición Familiar</b>	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.
<b>5. Calidad y Espacio de la Vivienda</b>	Preguntas de las características materiales de la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
<b>6.- Acceso a Servicios Básicos de la Vivienda</b>	Preguntas de los servicios con que cuenta la vivienda	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
<b>7.- Módulo Cualitativo de la Experiencia en Seguridad Alimentaria</b>	Preguntas que señalan "En los últimos 3 meses, por falta de dinero u otros recursos, alguna vez."	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No.
	Preguntas que señalan "En su hogar viven personas menores de 18 años"	Anotar en el cuadro de cada pregunta, según sea la respuesta: Si o No. Si la respuesta es "SI" favor de continuar. Si la respuesta es "No" finalizar encuesta
<b>Observaciones</b>	Observación	En caso de existir alguna observación, favor de anotarla.
<b>Firmas</b>	Nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF	En cada Encuesta EFIA, el Director(a) y Encargado del Programa Primeros 1,000 Días de Vida deben poner su nombre y firma, así como el sello oficial del SMDIF.

### Anexo 6 Cronograma de entregas de documentación