



### 3.- Composición Familiar

Nombre Completo * <small>Nombre (s)/ Apellido Paterno/ Apellido Materno</small>	Fecha de Nacimiento	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual
<b>Total:</b>					

\*Incluir al beneficiario

### 4.- 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

### 5.- 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

**6.- 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?

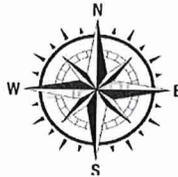
Si  No

### Ubicación de la Dirección del Beneficiario

<b>7.- Dirección de la Vivienda</b>				
Tipo de Vialidad _____	Nombre de Vialidad _____	No. Exterior 1 _____	No. Exterior 2 _____	No. Interior _____
Número Interior Alfanumérico _____ (solo letras)	Tipo de Asentamiento _____	Nombre de Asentamiento _____	Tipo de Carretera _____	
Calles con las que Cruza: Lateral 1 (Lado izquierdo) _____ Lateral 2 (Lado derecho) _____ Lateral 3 (atrás) _____ CP _____				
Tipo de Camino _____	Derecho de Tránsito _____	Descripción de la Ubicación :		

Nota: Ubicar el domicilio en el croquis, ver la guía de llenado. Se pondrá **No Disponible** solo cuando después de haber realizado la búsqueda no se cuente con la información.

Sujeto a revisión del Depto ( presentar lleno).



		<b>VIALIDAD FRENTE AL DOMICILIO</b>		
	<b>LATERAL 1</b>		<b>LATERAL 2</b>	
		<b>LATERAL 3 (ATRÁS)</b>		
		Describe y ubica la vivienda del beneficiario dentro de los recuadros, utiliza señales, dibujos que ayuden a referir el cómo localizar el domicilio.		



**Dirección de Aseguramiento de la Calidad Alimentaria**  
Atención Alimentaria en los Primeros 1000 Días  
**Encuesta de Focalización de Individuos con**  
**Inseguridad Alimentaria (EFIIA)**



**Aviso de Privacidad del SMDIF**

Favor de consultar el "Aviso de Privacidad" del Sistema DIF Municipal.

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 Responsable de beneficiaria menor de edad**

\_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Director (a) del SMDIF**

**Nombre y Firma del Encargado del Programa**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sello SMDIF**

**Observaciones Generales:**

\_\_\_\_\_

### Guía de llenado

Punto	Contenido	Descripción
Elaborado por	Nombre y Cargo	Anotar nombre y cargo de la persona que levantó la EFIIA.
<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 (N/A).</b>
	Teléfono	Solicitar número telefónico de <b>celular o casa</b> , para localizarlo en caso de emergencia.
	Indígena	Refererir si el beneficiario es indígena, afroamericano ( 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, según corresponda.
	No. de meses de embarazo	Marcar en el cuadro el número de meses que la mujer presenta de embarazo en el momento del levantamiento de EFIIA. .
	No. de meses de estar lactando	Marcar en el cuadro el número de meses que la beneficiaria lleva lactando al hijo.
	Nombre del Responsable	Solicitar nombre de una persona mayor de 18 años que fungirá como responsable, en caso de que el beneficiario sea menor de edad, no puede asistir a alguna plática de Orientación Alimentaria ni recoger el apoyo alimentario.
Parentesco del Beneficiario Responsable	Solicitar el parentesco de la persona responsable: <b>hermano (a), esposo (a), hijo (a), concubino (a), sobrino (a), primo (a) , cuñado (a), tío (a), suegro (a), yerno, nuera, madrastra, padrastro, bisnieto</b>	
<b>3. Composición Familiar</b>	Información Familiar	Solicitar información de los integrantes de la familia: <b>nombre completo, fecha de nacimiento, sexo, escolaridad, ocupación y el ingreso mensual.</b>
<b>4. 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: <b>Si o No.</b>

<b>5.- 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>6.- 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 repuesta es "No" finalizar encuesta.
<b>7. Dirección de la vivienda</b>	Tipo de Vialidad	Especificar el tipo de calle donde vive: calle, avenida, carretera, andador, boulevard, callejón, calzada, cerrada, circuito, circunvalación, continuación, corredor, diagonal, peatonal, periférico, privada, prolongación, retorno, viaducto, brecha, camino, terracería, vereda.
	Nombre de Vialidad	Anotar el nombre de la vialidad del domicilio del beneficiario.
	Número Exterior 1	Anotar el número externo de la vivienda.
	Número Exterior 2	Anotar el número exterior 2 de la vivienda, en caso de tratarse de departamento, edificio, privada.
	Número Interior	Anotar el número interno (sólo si aplica).
	Número Interior Alfanumérico	Anotar la letra correspondiente en caso de que el domicilio se identifique así.
	Tipo de Asentamiento	Anotar si se trata de: colonia, barrio, ciudad, ciudad industrial, condominio, conjunto habitacional, corredor industrial, coto, cuartel, ejido, granja, hacienda, pueblo, puerto, ranchería, rancho, región, residencial, villa, localidad etc.
	Nombre del Asentamiento	Solicitar el nombre del asentamiento referido anteriormente.
	Tipo de Carretera	Anotar si es: estatal, federal, municipal o particular.
	Calles con las que Cruza	Incluir nombre de las calle que cruzan el domicilio: lateral 1 se ubica al lado izquierdo del domicilio; lateral
	Código Postal	Anotar código postal y verificar mediante documento oficial.
	Tipo de Camino	Anotar si es: brecha, terracería, camino o vereda.
	Derecho de Tránsito	Anotar si es: libre o cuota.
Descripción de la Ubicación	Se empieza señalando las características de la casa y se complementa describiendo su entorno (cerca de...) para facilitar ubicación. <i>Ejemplo: casa de 2 pisos, color rosa, puertas negras y un árbol afuera. Cerca de la Escuela Primaria Reforma, etc.</i>	
<b>Aviso de Privacidad</b>	He leído el aviso y lo acepto. No lo acepto	Palomear la aceptación del Aviso de Privacidad del SMDIF, es un campo obligatorio de la EFIIA que debe ser contestado.
<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 EFIIA, 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.