

ANEXO 2



**SECRETARÍA DE
DESARROLLO SOCIAL**

**SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
PROGRAMA: APOYO ALIMENTARIO BÁSICO EMERGENTE
CÉDULA SOCIOECONÓMICA**

HOJA 1

FECHA: _____ **MUNICIPIO:** _____ **ESTADO DE MORELOS**

SOLICITUD FORMAL: SI () **FOLIO:** SDS-DGGSyES- PAABE- _____ **2019** **MES DE REGISTRO:** _____

SELLO DE RECIBIDO OFICIALIA DE PARTES SEDESO	MES DE REVISIÓN: _____ DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGA: 1.- Solicitud de Apoyo Alimentario -----(<input type="checkbox"/>) 2.- Cédula Socioeconómica ----- (<input type="checkbox"/>) 3.- C.S. Identificación Oficial -----(<input type="checkbox"/>) 4.- C.S. CURP ----- (<input type="checkbox"/>) 5.- C.S. Comprobante de Afiliación ----- (<input type="checkbox"/>) a Institución de Atención a la Salud ----- (<input type="checkbox"/>)	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ENTREGA LA DOCUMENTACIÓN: _____ FIRMA
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SOLICITANTE: _____ FIRMA	En caso de que la persona solicitante, designe a otra persona para seguimiento, atención y recibir el Apoyo Alimentario, en caso de aprobación de la presente solicitud, señalar el nombre completo de la persona designada.	
	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA DESIGNADA:	
	PARENTESCO CON LA PERSONA SOLICITANTE:	Anexar Copia Simple de Identificación Oficial con Fotografía: SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)
	MOTIVO DE LA DESIGNACIÓN:	

SOLICITUD INFORMAL: SI () **MUNICIPIO:** _____ **LOCALIDAD:** _____

MES DE REVISIÓN: _____ DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA AL EXPEDIENTE: 1.- Solicitud de Apoyo Alimentario -----(<input type="checkbox"/>) 2.- Cédula Socioeconómica ----- (<input type="checkbox"/>) 3.- C.S. Identificación Oficial -----(<input type="checkbox"/>)	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RECIBE EL APOYO ALIMENTARIO _____ FIRMA	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN AUTORIZA EL APOYO ALIMENTARIO _____ FIRMA
--	--	--

MOTIVO POR EL CUAL SE OTORGA EL APOYO ALIMENTARIO:

ACCESO A LA ALIMENTACIÓN EN EL HOGAR

En los últimos 3 (TRES) meses por falta de dinero o recursos, en su hogar se presentó alguna de las siguientes situaciones:

1. Se preocuparon porque la comida se terminara:	SI () NO ()	Comentario:
2. Se quedaron sin comida:	SI () NO ()	Comentario:
3. Se quedaron sin dinero para consumir alimentos sanos y variados:	SI () NO ()	Comentario:
4. Su alimentación es basada en poca variedad:	SI () NO ()	Comentario:
5. Usted o algún adulto dejó de desayunar, comer o cenar:	SI () NO ()	Comentario:
6. Usted o algún adulto sintió hambre pero no comió:	SI () NO ()	Comentario:
7. Usted o algún adulto comió solo una vez al día o dejó de comer todo un día:	SI () NO ()	Comentario:
8. Usted o algún adulto tuvo que pedir limosna:	SI () NO ()	Comentario:
9. Algún menor de edad tuvo que trabajar o pedir limosna:	SI () NO ()	Comentario:
10. Algún menor de edad dejó de tener una alimentación sana y variada:	SI () NO ()	Comentario:
11. Algún menor de edad comió menos de lo que debía:	SI () NO ()	Comentario:
12. Algún menor de edad sintió hambre pero no comió:	SI () NO ()	Comentario:
13. Algún menor de edad comió una sola vez al día o dejó de comer todo un día:	SI () NO ()	Comentario:

Tipo de alimentos que durante los último 7 días consumieron alguno de los integrantes del hogar; ¿Cuántos días comieron...

	¿Es parte de su dieta?	Número de días:
a) tortilla, alimentos de maíz, pan (blanco, integral, dulce) galletas, cereales de caja, pasta para sopa, trigo, arroz, avena, salvado?	SI () NO ()	
b) papa, camote, u otro alimento proveniente de raíces o tubérculos?	SI () NO ()	
c) verduras frescas, en guisados, sopas, salsas, enlatadas o deshidratadas?	SI () NO ()	
d) frutas frescas, enlatadas, deshidratadas, en postres o ensaldas?	SI () NO ()	
e) carne de vaca, cerdo, cordero, cabra, conejo, pollo, pato u otras aves? ¿hígado, riñón, corazón u otras víceras?	SI () NO ()	
f) huevos de gallina, codorniz, pato u otras aves?	SI () NO ()	
g) pescado, sardinas, atún, camarón o cualquier otro marisco fresco o seco?	SI () NO ()	
h) alimentos a base de frijoles, lentejas, habas, garbanzos, soya, cacahuates, pepitas, granola, palanquetas, nueces, amaranto o frutos secos?	SI () NO ()	
i) queso, yogurt, leche u otros productos lácteos?	SI () NO ()	
j) cualquier tipo de aceite (soya, cártamo, canola, girasol, maíz); mantequilla mantequilla de cacahuete, mayonesa, crema o manteca?	SI () NO ()	
k) azúcar o miel (de abeja o maple), jarábe de maíz, gelatina, mermelada, cajeta, polvo para preparar bebidas, flan, dulces, chocolates, refrescos o bebidas industrializadas?	SI () NO ()	
l) otros alimentos como condicmentos, café o té?	SI () NO ()	

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

La Vivienda cuenta con:	Tipo de Vivienda:		
Agua Potable ()	El piso es de:	El techo es de:	Las paredes son de:
Teléfono ()	Tierra ()	Palma ()	Lámina..... ()
Drenaje ()	Cemento ()	Lámina ()	Madera ()
Gas ()	Loseta ()	Cemento()	Carrizo ()
Energía Eléctrica ()			Adobe ()
Recolección de Basura ()			Ladrillo ()
Alumbrado Público ()			Paredes repelladas SI () NO ()
Internet ()			
Televisión -Cuantas _____ ()			
Refrigerador..... ()	La vivienda que habita es:	No. de Habitaciones para dormir _____	
Estufa de gas ()	Crédito Hipotecario ()	No. de Habitaciones en total _____	
Estufa de leña..... ()	Propia ()		
Horno de Microondas ()	Rentada ()		
Parrilla Eléctrica ()	Prestada ()		
Lavadora ()			

CONDICIONES DE DISCAPACIDAD

Llenar solo en el caso de que el/la solicitante, tenga discapacidad:

NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD: _____ TIEMPO DEL PADECIMIENTO: _____ RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: _____ SI () NO ()

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD: Congénita () Accidente () Enfermedad () Otro/Describir: _____

DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD: _____

¿Cuenta con Credencial de Discapacidad del SDIF MOR? SI () NO ()

Llenar solo en el caso de que alguna persona familiar/o que habita en el hogar, tenga alguna discapacidad:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE: _____

NOMBRE DE LA DISCAPACIDAD: _____ TIEMPO DEL PADECIMIENTO: _____ RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: _____ SI () NO ()

ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD: Congénita () Accidente () Enfermedad () Otro/Describir: _____

DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD: _____

¿Cuenta con Credencial de Discapacidad del SDIF MOR? SI () NO ()

OBSERVACIONES O NOTAS ADICIONALES

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa, quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Todos los trámites y formatos para acceder al programa son gratuitos y deberán realizarse de forma personal, conforme a las Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario Básico Emergente.