



DESAYUNOS ESCOLARES

DISTRIBUCION DE DESAYUNOS ESCOLARES:

Se realiza la distribución de desayunos escolares fríos y calientes a escuelas empadronadas del área Rural y Urbana.

Tiempo de respuesta: 1 a 7 días (Durante la temporada de empadronamiento)

Requisitos:

Padrón de alumnos beneficiarios (entregado por la escuela)
Acta constitutiva de las escuelas.

ENTREGA DE DESPENSAS:

Se entrega despensas mensualmente en el área urbana y bimestralmente en área rural a aquellas personas que se encuentran en la lista de beneficiarios.

Tiempo de respuesta: A partir del registro en el último trimestre del año se espera a que en enero de cada año se publique la lista de beneficiarios finales (la selección depende de la vulnerabilidad de las personas)

Requisitos: Acudir a la oficina DIF a llenar su solicitud en los meses de captura de beneficiarios (Octubre-Noviembre)

Formato: Estudio Socioeconómico (se anexa)

**SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DEL ESTADO DE SONORA
DIRECCION DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS Y DESARROLLO COMUNITARIO
ESTUDIO SOCIOECONOMICO**

FECHA DE ELABORACION: _____ / _____ / _____

DATOS GENERALES

MUNICIPIO: _____ TIPO DE MARGINACION: MUY ALTA ALTA MEDIA BAJA MUY BAJA
 LOCALIDAD O COLONIA: _____ TIPO DE FAMILIA: MONOPARENTAL BIPARENTAL
 DOMICILIO: _____
 FAMILIA: _____ TIPO DE ETNIA: _____

INTEGRACION FAMILIAR Y SUS CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRES	PARENTESCO	SEXO Y FECHA DE NACIMIENTO	CURP	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	VULNERABILIDAD																	
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
		F M																						

NOTA: Si dentro de la familia existe una persona con discapacidad preguntar que tipo de discapacidad tiene: _____

INGRESOS FAMILIARES

registrar a las personas responsables del sustento de la familia:
 Padre SI NO HASTA 1/2 SALARIO MINIMO
 Madre SI NO MAS DE 1/2 A 1 SALARIO MINIMO
 Hijos SI NO
 Otros (especificar) _____ TOTAL INGRESO MENSUAL: \$ _____
 RABAJA ALGUIEN FUERA DE LA COMUNIDAD (SI) (NO) _____ DONDE: _____
 MAS DE 1 HASTA 2 SALARIOS MINIMOS

GASTOS FAMILIARES

ALIMENTOS \$ _____ VESTIDO \$ _____ OTROS _____
 ESCUELA \$ _____ AGUA \$ _____
 RENTA \$ _____ LUZ \$ _____ TOTAL GASTOS MENSUAL \$ _____

AREA DE LOCALIZACION DE LAS VIVIENDAS

AREA URBANA ()

AREA SUBURBANA ()

AREA RURAL ()

AREA INDIGENA ()

TIPO DE VIVIENDA Y SERVICIOS

CASA DEPARTAMENTO VECINDAD
 PROPIA RENTADA PRESTADA
 ELECTRICIDAD DRENAJE

FAMILIAR OTRO
 AGUA DOMICILIARIA

CONSTRUCCION (MATERIALES DE CONSTRUCCION)

ECHO DE: LAMINA DE CARTON PALMA LAMINA DE ASBESTO MATERIAL MIXTA
 AREDES DE: ADOBE MADERA PALMA LAMINA LAMINA DE CARTON
 ISO DE: TIERRA FIRME MOSAICO OTROS
 NUMERO DE HABITACIONES: UNO DOS TRES CUATRO O MAS

TIPO DE SANITARIO

(LA CASA CUENTA CON BAÑO, ¿DE QUÉ TIPO?)

ECALISMO LIBRE LETRINA FOSA SEPTICA SANITARIO CON DRENAJE OTRO

MOBILIARIO DE LA VIVIENDA

V. REFRIGERADOR ESTUFA DE GAS RADIO TELEFONO OTROS APARATOS ELECTRICOS (ESPECIFICAR) _____
 OPORTUNIDADES BECAS LICONSA OTRO (ESPECIFIQUE) _____

0. APOYOS

RECIBE APOYO DE ALGUN PROGRAMA SOCIAL: (SI) (NO)
 ¿EN LA SIGUIENTE CUAL?:
 RESPENSAS OPORTUNIDADES BECAS LICONSA OTRO (ESPECIFIQUE) _____

1. TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL

SSSTE IMSS SSA SEGURO POPULAR OTROS

2. OTRAS PREGUNTAS

¿CUAL ES EL PRINCIPAL CULTIVO EN: COMUNIDAD _____ FAMILIA _____
 ¿SE DEDICA A LA CRIA Y EXPLOTACION DE ANIMALES DOMESTICOS?: (SI) (NO) ¿CUÁLES? _____

3. DIAGNOSTICO SOCIOECONOMICO DE LA FAMILIA:

FIRMA DEL ENCUESTADO

ELABORO (nombre y cargo)



PROGRAMA DE ATENCION A SUJETOS VULNERABLES

ASISTENCIA SOCIAL:

Se recibe a toda persona que tenga una situación específica o necesidad que sea en relación a las dependencias o servicios del Sistema DIF.

Tiempo de respuesta: Indefinido, ya que depende la situación y apoyo solicitado.

Requisitos: Variable según el apoyo solicitado

Formato: Variable según el apoyo solicitado.

APOYOS DIVERSOS CON FINES DE SALUD:

Se otorga el servicio de recetas médicas de manera parcial o total, según el grado de vulnerabilidad del solicitante, así mismo se otorgan descuentos en pasaje a citas médicas o boletos completos. donación de despensas a personas con algún tipo de enfermedad que les impida laborar, así como la gestión de sillas de ruedas, andaderas y muletas, todo ello destinado a personas en situación vulnerable.

Tiempo de respuesta: 1 a 3 días

Requisitos: Receta médica vigente, para demás apoyos deberá contar con documentación que avale la situación por la cual solicita apoyo.

Formato: Hoja de Solicitud de apoyos (se anexa)

CITAS A CLINICAS SAN ANDRES:

Programa Dirigido a niños de 0 a 18 años que tengan alguna discapacidad.

Requisitos:

Primera vez:

- Ser hijo de padres mexicanos.
- Acudir a oficina DIF con expediente clínico del menor.
- Identificaciones de los padres o tutores.

- Acta de nacimiento. y,
- fotografía del menor así como de padres o tutores.

Paciente: Acudir a oficina DIF con ficha de cita para registrarse y apartar su espacio.

Tiempo de respuesta: Indefinido, ya que el expediente es llevado a la clínica y en caso de proceder el apoyo ellos otorgan la cita.

Formatos:



SOLICITUD DE APOYO

FECHA:
 NOMBRE: TEL:
 DIRECCION:
 NUMERO DE RECETA:
 TIPO DE APOYO:
 DESTINO:
 CLINICA:
 MEDICO:
 DIAGNOSTICO:
 FECHA DE CITA:

DATOS FAMILIARES:
 MIEMBROS DE FAMILIA
 ORIGEN
 QUIEN LE COMENTO DE DIF

OBSERVACIONES/SOLUCION

ELABORO

RECIBIO