

PROVINCIA DE LA PAMPA
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

ANEXO I
INFORME SOCIAL

Fecha...../...../.....- ENCUESTA PILQUEN N°:.....
Profesional interviniente:.....**Matricula:**

Motivo: Informar sobre la situación socio-económica de acuerdo a los datos expresados por el / la solicitante.

Datos Personales de el/la titular:

Apellido y Nombre:

D.N.I. N°..... Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Estado Civil:Escolaridad:

Ocupación:..... Teléfono:

.....

Domicilio:.....Barrio.....

Localidad:CP.....

Datos del grupo familiar:

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	VINCULO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

Otros Convivientes:

.....

Situación Económica: TRABAJO: Si () No () Changas: Si () No () Permanente y/o estable: Si () No () Actividad: _____ Monto Mensual: \$ _____

PROGRAMAS SOCIALES	Tachar lo que NO corresponde		MONTO	OBSERVACIONES
Asignación Universal por Hijo	SI	NO		
Asignación Universal por Embarazo	SI	NO		
Pensión Nacional	SI	NO		
Pensión Provincial	SI	NO		
Programa Laboral	SI	NO		
Programa socio productivo	SI	NO		
Becas- Progresar - Provincial	SI	NO		
Tarjeta AlimentAR	SI	NO		
Tarjeta Alimentaria	SI	NO		
ASPAM	SI	NO		

Otros	SI	NO		
-------	----	----	--	--

Situación Habitacional:

Marcar con una cruz lo que corresponda

Vivienda Propia: _____ Vivienda social: _____ V. Alquilada: \$ _____ mensual
 Prestada _____ Otros: _____

Tipo de Vivienda:

Casa: () Cuarto de Pensión: () Departamento: () Monoambiente: () Rancho: ()
 Otros: _____

Ambientes: _____ Habitaciones: _____ Hacinamiento: si () no ()

Servicios básicos: -Energía eléctrica: Si () No () Cloacas: Si () No () -Pozo ciego: Si () No () -Gas natural: Si () No () -Agua potable: Si () No () -

Otros:

Observaciones: _____

Situación Sanitaria:

Obra Social: Si () ¿Cuál? No ()

Establecimiento de salud que asiste:

.....

Tratamientos médicos: Si () No () Crónicos: Si () No ()

Conclusión:

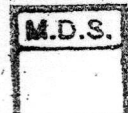
Sobre la base de la información recabada respecto a la situación socio-económica del grupo familiar, se evalúa pertinente asistir mediante asistencia económica, para solventar gastos referidos al hogar y así acompañar en la protección de los derechos vinculados a: _____

IMPORTANTE: Se articulará un plan de intervención

con: _____

Sello Institucional

Firma y Sello Profesional



ANEXO I – RESOLUCIÓN Nº 889



Handwritten signature and official stamp of Dr. Diego Fernando Alvarez, Ministro de Desarrollo Social, Gobierno de La Pampa.