PLANILLA RELEVAMIENTO CENSAL MOI Santa Fe.

Datos encuestas:

Cuestionario Nº: …….. Fecha: ……/……/……. Recibida por:

……

Cooperativa/guardia:

……

……..……

A_Datos Generales:

Nombre y apellido:

……

……..……..……

Dirección: …… Localidad:

……..…..……

Teléfono/celular: …… Email:

……..…..……

B_Datos socio-demográficos y generales:

1- ¿Cuántas personas viven actualmente en su casa? .....

Registrar en la planilla siguiendo el siguiente orden: Titular, Cónyuge, Hijos de mayor a menor y otros miembros. (Titular es el socio de la coop o el integrante de guardia que responde el formulario.)

Nº	Nombre y Apellido	Relación con titular	DNI (Tipo y número)	Sexo	Edad	Estado Civil	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	CUIL - CUIT	Último año escolar aprobado/ ¿Sigue estudiando? SI NO
1										
2										
3										
4										

5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

2- ¿Algún integrante de su hogar tiene problemas con su documentación?

Nº	Nombre y Apellido (Nº grilla punto 1)	Relación con titular	¿Qué tipo de problema?
1			
2			
3			
4			

3- ¿A través de qué institución y/o persona se acercó la familia al MOI?

▁ Miembro de una cooperativa MOI ▁ Miembro Federación MOI ▁ Derechos Humanos ▁CTA ▁ Carteles o folletos difusión organización

▁ Medios de comunicación: diarios, radios etc. ▁ Otras organizaciones | ¿Cuál?

……

Otros

……

……..

4- ¿Está a cargo del cuidado de algún familiar?

Sí | No ¿Podría decirme quiénes son? Marcar con un círculo en la grilla en la que se registran los miembros del hogar (punto 1).

Observaciones

……

……

5- ¿Participa de otra organización social o barrial?

¿Cuál?.....

Caracterice la organización……

……..

¿Qué practicas realiza dentro de la organización?

……

Contacto organización……

C_Características de la Situación Residencial.

6- Actualmente viven en:

- Cooperativa MOI
- Casa ocupada
- Pensión ¿Hace cuanto vive en pensión?..... ¿Cuánto paga?.....
- Departamento o casa alquilada ¿Hace cuanto alquila?..... ¿Cuánto paga de alquiler? ……. ¿Con cuantas personas comparte el alquiler? ……
- ¿Comparte vivienda con propietario?
- ¿Comparte lote con propietario?
- ¿Comparte impuestos con propietarios?
- Casa cedida ¿Paga impuestos? Sí | No

o Casa prestada ¿Paga Impuestos? Sí | No

Otros……

……

7-¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? ……

D_ Situación laboral- (Sólo para mayores de 16 años)

8- Datos Generales

Nombre y Apellido	¿Durante la semana pasada trabajó?	¿Es usted estudiante, ama de casa, jubilado?	¿En qué tipo de establecimiento	¿En su trabajo principal usted es?	¿Cuánto hace que está en esa ocupación?	¿Durante que turnos trabaja?

			trabaja o trabaja por cuenta propia?	(Cargo, función o tarea)		

Trabajadores en relación de dependencia:

Nombre y Apellido	¿En ese trabajo le entregan recibo y/o firmó un contrato de trabajo?	¿Le hacen los descuentos de jub., obra social, etc?	¿Cada cuanto le pagan?	¿Qué duración tiene su contrato?

Trabajadores por cuenta propia:

Nombre y Apellido	¿Vende su producto o servicio?	¿Cuál?	¿A quién y cómo?	¿Cada cuanto le pagan?	¿Usa mano de obra de otra persona, ya sea pagada o de colaboración? ¿Cada cuánto?	¿Tiene herramientas o máquinas propias? ¿Cuáles?

Miembros que son desocupados:

Nombre y Apellido	¿Está buscando trabajo?	¿Ya trabajó antes?	¿Hace cuánto que no tiene trabajo?	¿Cuál fue su última ocupación? ¿Ya trabajó antes?

Observaciones

……

……..

Asignación Universal por hijo

Nombre y Apellido	Importe

Observaciones

……

……..

9-Solo para los que son trabajadores de la construcción:

¿Qué tareas realiza / ba Ud. en la construcción?……

10- En esa actividad, ¿Ud. Es / era?

o Oficial o Medio Oficial o Ayudante o Solo conoce el oficio

o Alguna vez participó de alguna experiencia en cooperativas ¿Durante cuánto tiempo?

Observaciones

……

……..

E_Situación de ingreso familiar.

11- ¿Cuál es el ingreso mensual de los miembros del hogar, contando todas sus ocupaciones remuneradas, rentas, jubilación o pensión? (Promedio de los últimos tres meses)

Ingresos laborales.

Nombre y Apellido	Relación con titular	Edad	Ocupación	Ingresos	Aclaración

Ingresos no laborales

Nombre y Apellido	¿Recibe alguna Beca? ¿De qué institución?	¿Recibe subsidios especiales?	¿Recibe alguna ayuda económica?	¿Recibe alguna pensión?	¿Por qué tiempo?	¿Cuánto?

F_ Trayectoria escolar

Estudios Primarios:

12- ¿A qué tipo de escuela primaria concurriste?

o Escuela común de 6 o 7 años o Escuela de 9 años (EGB) o Escuela primaria para adultos o Escolaridad especial

Observaciones

……

……..

13- ¿Terminaste el primario? Sí | No ¿Tenés algún certificado que acredite la finalización de este nivel de estudios? Sí | No

¿Te interesaría terminar? Sí | No

14- ¿Hay alguien en tu familia que no haya completado la escolaridad primaria? Sí | No

¿Quién?.....

Estudios secundarios:

15- ¿En qué modalidad cursaste?

o Escuela secundaria común de 5 años o Escuela secundaria técnica de 6 años ¿Qué título tiene?.....

o Polimodal de 3 años oBachillerato de Adultos de 3 años o Bachillerato de Adultos de 4 años

Observaciones

……

……..

16- ¿Terminaste tus estudios secundarios? Sí | No

¿Tenés algún certificado que acredite la finalización de este nivel de estudios? Sí | No

¿Te interesa continuar o terminar tus estudios secundarios? Sí | No

Estudios terciarios – universitarios:

17- ¿Qué estudios terciarios/universitarios cursaste?.....

18- ¿En qué Institución?.....

19- ¿Finalizaste los estudios? Sí | No

20- ¿Cuentas con alguna formación o capacitación particular? Sí | No

Especifique……

……..……..

G_ Salud

21- ¿Algún miembro del grupo familiar sufre de alguna enfermedad o condición particular?

Nombre y Apellido	Tipo de afección: crónica – ambiental – congénita – hereditaria – etc.	Descripción

Observaciones

……

……..

22- ¿Cuenta con algún subsidio para solventar tratamientos y medicamentos? Sí | No

¿De qué institución?.....

23- ¿El grupo familiar cuenta con alguna cobertura médica? ¿De qué tipo?

o Obra social Plan de salud privado oPlan de salud mutual o Servicio de emergencias médicas.

24- ¿Qué cobertura tiene? (Clínica – odontológica – etc)

……..

25- ¿En qué institución realiza los controles sanitarios?

o Hospital o Centro de salud o Sala de primeros auxilios o Clínicas Privadas o Urgencias médicas o Otros

Observaciones

……

……..