



SUBDIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO

PROGRAMA DE ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1,000 DÍAS

Entrevista a Beneficiarios

MUNICIPIO: _____	FECHA: _____
COMUNIDAD: _____	DOMICILIO _____
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (A) _____	EDAD _____

- ¿Recibe paquete alimentario? Si () No ()
- ¿Con qué frecuencia? 1 vez al mes () Cada dos meses () Cas meses () más _____ ()
- ¿Paga por su paquete alimentario? Si () No () SI, SI ¿ Cuánto? _____
- ¿Quién entrega su paquete alimentario ? () DIF () Delegado com. () Otro _____
- ¿Forma parte del comité de Vigilancia Ciudadana del Programa 1,000 días? Si () No ()
Si la respuesta es no, pase a la pregunta 7
- Le explicaron cómo y qué debe hacer dentro del comité de Vigilancia Ciudadana? Si () No ()
- ¿Le han dado platicas de Lactancia materna, alimentación complementaria y/o de estimulación temprana?
Si () No () Si la respuesta es no, pase a la pregunta 9
- ¿Quién le ha brindado las platicas? DIF Estatal () DIF Municipal () Centro de Salud () Otro _____
- A tenido algún problema al recibir su apoyo Si () No () Si la respuesta es no, es el final de su encuesta.
- ¿Cuál problema ha tenido? (puede seleccionar varios)

No le entregan mi paquete ()	Productos caducados ()
Paquete abierto ()	Caja rotas ()
Menos productos en el paquete ()	Otro _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

(PADRE O TUTOR DEL MENOR)

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DE LA
AUTORIDAD DEL SMDIF

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DE LA
AUTORIDAD DEL SEDIF

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".

1