

¿Hay algún miembro de entre 4 y 18 años que no asista a la escuela?

 SI NO
SALUD

 En caso de que alguno de los niños o adolescentes beneficiarios presente una **patología** (bajo peso, sobrepeso, obesidad, enfermedad celíaca, diabetes, patología renal, gástrica, cardíaca) **que requiera plan alimentario especial, presente en el centro educativo fotocopia del certificado médico actualizado para que el directivo pueda gestionar el plan alimentario, e indique los datos del niño/a o adolescente:**

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I.	PATOLOGÍA	GASTOS DE SALUD

 En caso de que alguno de los integrantes del grupo familiar conviviente, se encuentre en situación de **discapacidad o enfermedad crónica certificada, adjunte al presente formulario fotocopia del certificado que acredita la situación e indique los siguientes datos:**

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I.	DISCAPACIDAD	GASTOS DE SALUD

OTROS GASTOS EN MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS POR OBRA SOCIAL

\$ _____

SITUACIÓN HABITACIONAL

(Marque con una cruz - X)

Indicar si la vivienda es:

 Propia:

 Alquilada
Baño
 Inodoro con descarga de agua
 Inodoro sin descarga de agua
 Pozo o Letrina

Dormitorios
 3 o más
 2
 1
 Amb. Único

Si la vivienda es alquilada, indique el monto mensual abonado: \$ _____

Indique si su vivienda está en alguna de las siguientes situaciones:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Techo
 loza/fibrocemento
 zinc
 paja/nylon

Paredes
 ladrillo/bloque
 madera/otro
 chapa/adobe

Pisos
 cerámico/mosaico/madera
 Cemento
 Tierra

Si abona Plan de Vivienda o Hipoteca, indique el monto mensual : \$ _____

ACCESO A SERVICIOS

(Marque con una cruz- X)

Agua
 red
 pico externo
 pozo/rio/aljibe
 tarifa social

Luz
 eléctrica
 generador/velas/gas
 tarifa social

Gas
 gas natural
 garrafa/tubo
 leña/carbón/resistencia

OTROS BIENES

 ¿Posee Vehículo? SI NO

Modelo _____

Nº de Patente _____

Firma: _____

Aclaración: _____