

¿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**

Asentamiento precario

Vivienda prestada

Vivienda usurpada

 |
 |
 |
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: _____