**REGISTRO DE BENEFICIARIO**

**Fecha de registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Días autorizados para recibir el apoyo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(para ser llenado por AMA)*

1. **DATOS GENERALES:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Género   Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nivel educativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es titular de familia?: \_\_\_\_\_\_\_

Delegación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS FAMILIARES:**

No. miembros en la familia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indique el sexo, edad y parentesco de cada uno)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Edad** | **Parentesco** |  | **Sexo** | **Edad** | **Parentesco** |  | **Sexo** | **Edad** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **DATOS SOCIOECONÓMICOS:**

Ingresos mensuales del titular de familia. **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingresos otros **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de vivienda (propia o rentada): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renta mensual: **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS DE CONTACTO:**

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comentarios trabajo social:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA DEL BENEFICIARIO TRABAJO SOCIAL

**AVISO DE PRIVACIDAD**

De manera voluntaria proporciono mis datos personales y familiares descritos en el presente formato, y autorizo a Alimentos de México a Compartir, A.C. para que haga uso de ellos para los fines que sean necesarios a efecto de recibir el apoyo de alimentos en especie que otorgan a las familias.