

ANEXO No. 3A INTEGRANTES POR FAMILIA

Favor diligenciar y anexar una (1) ficha por cada familia integrante del grupo que presenta la propuesta

Grupo:		Unidad territorial:		Departamento:	
Nombres y apellidos del representante de la familia que se registra:					Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: Año / mes / día		Domicilio: Municipio / Dirección / Vereda / Corregimiento			
Teléfono fijo: Indicativo/número de teléfono		Teléfono celular:		Correo electrónico:	
Tipo de documento de identidad: Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:			Número del documento de identidad:		
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Tipo de vivienda: Familiar <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> En arriendo <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		
Rol en la familia: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:			Rol en el grupo proponente: Representante <input type="checkbox"/> Suplente <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/> Solamente Miembro <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Cuál:		
Máximo nivel de estudios alcanzado: Ninguno <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál:			Ocupación: Asalariado (contrato de trabajo) <input type="checkbox"/> Jornalero (esporádico) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Tareas domésticas/Cuidado del hogar <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál:		
Lectoescritura: Sabe Leer?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ; Sabe Escribir?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Discapacidad: Motriz <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Del lenguaje <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál: _____		
Fecha de expedición documento de identidad:			Cabeza de familia (Si o No)		

CHARACTERIZACIÓN FAMILIAR (Por favor, diligenciar una fila por cada miembro de la familia del integrante del grupo)

Tipo de documento	No. documento de identidad	Nombres y apellidos	Parentesco	Género	Edad	Máximo nivel de estudios	Ocupación
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		
					Años/meses		

Fecha de diligenciamiento: ____/____/____

Responsable de la información: _____