****

**FECHA: \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**R**eferido **Por: DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL□ DIRECTOR GENERAL DE LA ALCALDÍA □DIRETORES GENERALES □ CONCEJAL □ ATENCIÓN AL CIUDADANO □ DESPACHO DEL ALCALDE □ AVANZADA □ TAQUILLA □ REDES SOCIALES □ OTROS □**

**NÚMERO DE CONTROL: \_\_\_\_\_\_\_\_**

****

**FICHA SOCIAL**

**I.- IDENTIFICACIÓN DEL CASO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **Cédula de Identidad Nº** | **V□ E□**  |
|  **Fecha de Nacimiento** |  **/ /**  | **Edad:** |  | **Nacionalidad** |  | **Sexo: M□ F□**  |
| **Población Indígena:** | **□**  | **Etnia:** |  | **Profesión:** |  | **Oficio:** |  |
| **Estado Civil:** | **Casado□ Soltero □ Divorciado □ Viudo □ Unión Estable de Hecho □** | **Discapacidad:** | **Sí □ No□**  |
| **La discapacidad es:** | **Permanente □ Temporal □** | **Tipo de Discapacidad:** | **Auditiva □ Visual □ Motora □ Cognitiva □**  |
| **Nivel de Instrucción:** | **Analfabeto □ Primaria: □ Bachiller: □ T.S.U. □ Universitaria □ Post Grado □** |
| **Condición Laboral:** | **Empleado Público □ Empleado Privado □ Desempleado □**  | **Empleado de la Alcaldía** | **Sí □ No□**  |
| **Razón de la Solicitud:** |  | **Patología Actual:** |  |
| **Área de Salud:** | **Traumatología □ Gineco -Obstetricia □ Psiquiatría □ Oncología □ Cardiología □ Neurología □ Otros □** |
| **Dirección:** |  |
| **Parroquia:** |  | **Teléfono:** |
| **Correo Electrónico:** |  |

* **Si el beneficiario es niño, niña o adolescente llenar el cuadro anterior para el padre, madre, representante o responsable, y para el niño la siguiente información.**

**II. Identificación del caso si es menor de edad:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** |  | **Cédula de Identidad Nº si posee** | **V□ E□ No aplica □**  |
|  **Fecha de Nacimiento** |  **/ /**  | **Edad:** |  | **Nacionalidad** |  | **Sexo: M□ F□**  |
| **Nivel de Escolarización:** | **Inicial □ Básica □ Media □ Diversificada □ no aplica □** | **Discapacidad:** | **Sí □ No□**  |
| **Tipo de Discapacidad:** | **Auditiva □ Visual □ Motora □ Cognitiva □**  | **Patología Actual:** |  |
| **Área de Salud:** | **Traumatología □ Pediatría □ Psicología □ Oncología □ Cardiología □ Neurología □ Otros □** |

**III. Tipo de Ayuda:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo de Ayuda:** | **Alimentos □ Salud □ Ayudas Técnicas □ Kit para Recién Nacido □ Visita Social □** **Juguetes y Artículos Deportivos □ Servicios Públicos □ Empleo □ Becas Estudiantiles** **□ Kit Escolar □ Estudios de Alto Costo □ Pañales para Adultos □ Otros □**  |

**Especifique el Tipo de Ayuda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Solicitante**

**Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Funcionario**

**nombre y apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Observación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Casos a ser aprobados por la dirección general de desarrollo social**

**ISABEL V. MIRANDA A.**

**DIRECTORA ADJUNTA**

**DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL**

**SARA A. FERNANDEZ S.**

**DIRECTORA GENERAL**

**DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL**

**Dra. DULCE URDANETA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE DEMANDAS SOCIALES**

**Remitido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aprobado Negado Visto Diferido Requiere Visita Social**