



**PLANILLA DE REGISTRO
GRAN MISIÓN EN AMOR MAYOR VENEZUELA**



GRACIAS AL GOBERNADOR SOCIALISTA



LCDO. ENRIQUE MAESTRE

GRAN MISIÓN EN AMOR MAYOR VENEZUELA
PLANILLA DE REGISTRO

1. Datos de identificación personal										
Primer nombre			Segundo nombre			Primer apellido			Segundo apellido	
Cédula de identidad			Sexo	Edad	Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento		
<input type="checkbox"/> V			<input type="checkbox"/> F					Día	Mes	Año
<input type="checkbox"/> E			<input type="checkbox"/> M							
En caso de ser extranjero, ¿tiene residencia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
De ser afirmativo, su residencia legal es: <input type="checkbox"/> Menor a 10 años <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 10 años										
Dirección donde vive/habita										
<input type="checkbox"/> Urb.	<input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Av.	<input type="checkbox"/> Esq.	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Quinta	Número	Piso	
<input type="checkbox"/> Sector	<input type="checkbox"/> Zona	<input type="checkbox"/> Ciudad	<input type="checkbox"/> Pueblo	Parroquia		Municipio		Estado		
Teléfono habitación		Otro teléfono contacto		Condición física						
()		()		¿Tiene alguna discapacidad o enfermedad que le impida o dificulte valerse por sí mismo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
2. Datos socioeconómicos										
¿Su núcleo familiar recibe algún ingreso de manera permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
De ser afirmativo, indique cual es el monto mensual del ingreso familiar:										
<input type="checkbox"/> Menor a Bs. 1.548			<input type="checkbox"/> Igual a Bs. 1.548			<input type="checkbox"/> Mayor a Bs. 1.548				
Seleccione por cuales de estos conceptos es su ingreso familiar:										
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Pensión IVSS	<input type="checkbox"/> Asignación del INASS	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Becas	<input type="checkbox"/> Misiones	<input type="checkbox"/> Pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Ayuda de familiar que no viva con usted		
Indique si se encuentra en una o varias de las siguientes condiciones de vivienda/hogar:										
<input type="checkbox"/> Carece de vivienda o habitación				¿Cuántas personas viven con usted?				Número		
<input type="checkbox"/> Habita en vivienda inadecuada o precaria										
<input type="checkbox"/> Habita en vivienda sin servicios básicos				¿Cuántos cuartos utilizan para dormir?				Número		
3. Datos básicos de salud										
Tiene algún tipo de discapacidad, indique cual:										
<input type="checkbox"/> Auditiva			<input type="checkbox"/> Intelectual			<input type="checkbox"/> Múltiple				
<input type="checkbox"/> Baja talla			<input type="checkbox"/> Musculoesquelética			<input type="checkbox"/> Visual				
Posee una o varias de estas enfermedades, indique cual:										
<input type="checkbox"/> Alzheimer			<input type="checkbox"/> Cerebro vascular			<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica				
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide			<input type="checkbox"/> Diabetes			<input type="checkbox"/> Parkinson				
<input type="checkbox"/> Artrosis severa			<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial			<input type="checkbox"/> Respiratorias crónicas				
<input type="checkbox"/> Cáncer			<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca			<input type="checkbox"/> Otra: _____				
¿Recibe tratamiento o rehabilitación en algún centro o servicio público de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
De ser afirmativo, indique cual:										
<input type="checkbox"/> Módulo de salud					<input type="checkbox"/> Servicio de Rehabilitación Integral (S.R.I)					
<input type="checkbox"/> Centro Diagnóstico Integral (C.D.I)					<input type="checkbox"/> Hospital / Ambulatorio público					

Tiene acceso a los alimentos:		¿Cómo se alimenta usted regularmente?
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Fácilmente	<input type="checkbox"/> Una vez al día
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Difícilmente	<input type="checkbox"/> Dos veces al día
		<input type="checkbox"/> Tres veces al día

4. Datos sobre participación social

¿Existe consejo comunal donde usted vive? Sí No

¿Usted conoce, mantiene contacto y/o participa en actividades del consejo comunal? Sí No

¿Participa usted en actividades realizadas por alguna otra organización social existente en su comunidad?

Sí No

¿Ha participado o se ha beneficiado alguna vez de las siguientes misiones sociales? Sí No

En caso de ser afirmativo, indique cuales:

- | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Robinson | <input type="checkbox"/> Mercal | <input type="checkbox"/> José Gregorio Hernández |
| <input type="checkbox"/> Ribas | <input type="checkbox"/> Guaicaipuro | <input type="checkbox"/> Madres del Barrio |
| <input type="checkbox"/> Sucre | <input type="checkbox"/> Identidad | <input type="checkbox"/> Hijos de Venezuela |
| <input type="checkbox"/> Barrio Adentro | <input type="checkbox"/> Cultura | <input type="checkbox"/> Gran Misión Vivienda Venezuela |
| <input type="checkbox"/> Milagro | <input type="checkbox"/> Negra Hipólita | <input type="checkbox"/> Gran Misión Agro Venezuela |

5. Datos básicos sobre educación, cultura, deporte y recreación

¿Le gustaría participar en actividades culturales, deportivas o recreativas? Sí No

En caso de ser afirmativo, señale una o varias:

- Tiene interés en participar en actividades turísticas. Sí No
- Tiene interés en participar en actividades culturales. Sí No
- Tiene interés en participar en actividades deportivas o recreativas. Sí No
- Le gustaría compartir sus conocimientos, saberes y tradiciones. Sí No

¿Sabe leer y escribir? Sí No

Indique su nivel de instrucción:

Primaria Secundaria Técnica Superior

Indique sus principales habilidades y destrezas:

- | | | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agrícolas | <input type="checkbox"/> Artesanales | <input type="checkbox"/> Deportivas | <input type="checkbox"/> Literarias | <input type="checkbox"/> Pesqueras |
| <input type="checkbox"/> Ambientalistas | <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Innovadoras | <input type="checkbox"/> Musicales | <input type="checkbox"/> Recreativas |
| | | | | <input type="checkbox"/> Otras |

6. Datos de registro

Los datos de registro fueron suministrados por:

Directamente por el Adulto o Adulta Mayor interesado(a) Por un familiar o amigo

Si usted es el familiar o amigo que suministró la información del registro del interesado(a), indique sus datos:

Nombre	Apellido	Cédula de identidad	Teléfono de contacto	
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	()	
Dirección del familiar o amigo que suministró los datos de registro				
<input type="checkbox"/> Urb. <input type="checkbox"/> Barrio	<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta	Número	Piso
<input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> Zona	<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Pueblo	Parroquia	Municipio	Estado

