

FORMULARIO DE CREACIÓN DE GRUPO DE CONVIVENCIA

Sujeto de Derecho: Nombre _____ N° de Registro _____

DATOS GENERALES

Ingreso Promedio Mensual: _____ Cantidad de Preceptores: _____ Utiliza Comedor: (marque lo que corresponde) SI ___ NO ___

Conocimiento de Recursos Comunitarios:(marque lo que corresponde) SI ___ NO ___ Participación en Actividades barriales SI ___ NO ___

Acceso a Servicios Comunitarios: (marque los que corresponden) Alumbrado público en funcionamiento ___ Calle pavimentada/empedrada ___

Contenedor de residuos ___ Desagüe pluvial ___ Locomoción ___ Recolección periódica de residuos ___

Red de agua corriente ___ Red de gas ___ Red eléctrica ___ Teléfonos ___ Veredas Completas ___

DATOS DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA:

Individual: Casa ___ Apartamento ___ **Colectiva:** Local no construido para vivienda ___ Hotel. ___ Hospital ___

TIPO DE TENENCIA: Inquilino o Arrendatario ___ Pensión ___ Refugio ___ Centro Penitenciario ___ Casa de Inquilinato ___
Ocupante con relación de dependencia ___ Ocupante gratuito ___

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Ocupante sin permiso del propietario ____ Propietario de la vivienda y el terreno ____ Propietario de la vivienda y el terreno y lo está pagando

Propietario solamente de la vivienda _____ Propietario solamente de la vivienda y lo está pagando _____

Cantidad de Personas: _____ **Cantidad de Habitaciones:** _____ **Cantidad de hogares:** _____

Habitaciones para Dormir _____ **Tiene Baño:** Si ____ No ____ **Baño dentro de la vivienda:** Si ____ No ____

Lugar exclusivo para cocinar : Si ____ No ____ **Zona Inundable:** Si ____ No ____

Tiene Calefacción: Si ____ No ____ (respondió SI, marque lo que **corresponde**) **Con Garantías** _____ **Sin Garantías** _____

DIRECCIÓN / TELEFONO

País _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____

Región _____ **Zonal** _____ **Barrio** _____

Calle _____ **Entre** _____

Y _____ **Ruta/ Camino** _____

Nº de Puerta _____ **Apartamento** _____ **Código Postal** _____

Centro Habitacional /Asentamiento Nombre: _____

Block/Torre _____ **Manzana** _____ **Solar** _____

Tipo de Zona _____ **Seccional Policial** _____

Teléfono Fijo: N° _____ Celular N° _____

SERVICIOS DE LA VIVIENDA

Servicio Sanitario: (**marque lo que** corresponde) Red General ____ Fosa séptica, pozo negro ____ Entubado hacia el arroyo ____ Otro ____

Origen de Agua:

Alumbrado Eléctrico: (**marque lo que** corresponde) Energía Eléctrica de UTE _____ Grupo electrógeno propio _____

Cargador de Batería: _____ Iluminación a supergas o querosene _____ Velas _____ No tiene _____

MATERIALES DE LA VIVIENDA

Paredes: (**marque lo que** corresponde) Ladrillos, Ticholos o Bloques terminados _____ Ladrillos, Ticholos o Bloques sin terminar _____

Materiales livianos con revestimiento _____ Materiales livianos sin revestimiento _____ Adobe _____ Materiales de deshecho _____

INGRESOS DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA

Ingreso Promedio Mensual: _____ Cantidad de Preceptores _____

TIPO de INGRESO	CANTIDAD
Asignación Familiar	
Canasta de INAU	
Canasta de INDA	
Canasta del MIDES	
Ingreso aportado por los Niños	
Plan de Equidad	
Jornal	
Jubilación	
Pensión Civil	
Pensión por Discapacidad	
Por otros Conceptos	
Prestaciones de familiares fuera del grupo	
Prestaciones de INAU DASE	
Prestación de INAU Proyecto 300	
Renta	
Salario	
Seguro de desempleo	

INTEGRANTES DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

Persona Menor de Edad _____ Persona Mayor de Edad _____

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA

1er. Nombre: _____ Otros Nombres _____

1er.Apellido: _____ 2do.Apellido _____

Nacionalidad: _____ C. I. N° _____ Fecha venc. ____ / ____ / ____

Otro Documento: País emisor: _____ N° _____

Pasaporte: País emisor _____ N° _____ Fecha venc. ____ / ____ / ____

Credencial: Serie _____ N° _____

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____ / ____ / ____ **Vive?** _____

ESTADO CIVIL: _____ **Situación Conyugal** _____ **Hijos dados.** _____

Fecha de integración al Grupo de Convivencia: ____ / ____ / ____ **Tipo de Relacionamento** (ver valor en catálogo) _____

Rol: (ver valor en catálogo) _____

DIFICULTADES: **Tipo** de Dificultad (ver valor en catálogo) _____

Descripción: _____

DATOS OCUPACIONALES:

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA

Trabaja?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___ SI (changas, zafral, eventual) ___

Lugar de Trabajo: _____

Trabajo Formal: (marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Dirección del Trabajo:

País _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____

Región _____ **Zonal** _____ **Barrio** _____

Calle _____ **Entre** _____

Y _____ **Ruta/ Camino** _____

N° de Puerta _____ **Apartamento** _____ **Código Postal** _____

Seccional Policial _____ **Teléfono Fijo: N°** _____ **Celular N°** _____

Recibe Pensión?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Recibe Jubilación?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Ocupación: _____

Fecha del último trabajo: ____/____/____

Nivel Educativo Alcanzado: (ver valor en catálogo) _____

INTEGRANTES DEL GRUPO DE CONVIVENCIA

Persona Menor de Edad _____ **Persona Mayor de Edad** _____

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

1er. Nombre: _____ Otros Nombres _____

1er.Apellido: _____ 2do.Apellido _____

Nacionalidad: _____ C. I. N° _____ Fecha venc. ____/____/____

Otro Documento: País emisor: _____ N° _____

Pasaporte: País emisor _____ N° _____ Fecha venc. ____/____/____

Credencial: Serie _____ N° _____

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Vive?** _____

ESTADO CIVIL: _____ **Situación Conyugal** _____ **Hijos dados.** _____

Fecha de integración al Grupo de Convivencia: ____/____/____ **Tipo de Relacionamento** (ver valor en catálogo) _____

Rol: (ver valor en catálogo) _____

DIFICULTADES: **Tipo de Dificultad** (ver valor en catálogo) _____

Descripción: _____

DATOS OCUPACIONALES:

INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA

Trabaja?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___ SI (changas, zafral, eventual) ___

Lugar de Trabajo: _____

Trabajo Formal: (marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Dirección del Trabajo:

País _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____

Región _____ **Zonal** _____ **Barrio** _____

Calle _____ **Entre** _____

Y _____ **Ruta/ Camino** _____

N° de Puerta _____ **Apartamento** _____ **Código Postal** _____

Seccional Policial _____ **Teléfono Fijo: N°** _____ **Celular N°** _____

Recibe Pensión?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Recibe Jubilación?(marcar el que corresponde) SI ___ NO ___

Ocupación: _____

Fecha del último trabajo: ____/____/____

Nivel Educativo Alcanzado: (ver valor en catálogo) _____

Firma _____ **Aclaración** _____ **Fecha** ____/____/____