



ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA CUESTIONARIO DE VISITA DE EVALUACION

DATOS GENERALES

Razón Social:				
Dirección:				
	Calle	No. Ext.	No. Int.	
	Colonia	Delegación		
	C.P.			
	Ciudad	Entidad Federativa	Lada	Teléfono

TIPO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

<input type="checkbox"/> Asilo para ancianos	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Casa hogar con escuela	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar) _____
<input type="checkbox"/> Casa de cuna	_____
<input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación	Cuenta con Gobierno Corporativo
<input type="checkbox"/> Casa hogar sin escuela	Patronato <input type="checkbox"/> Consejo Administrativo <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Escuela de Educación Especial	No <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____

Cuenta con deducibilidad fiscal

Nacional ☐

Internacional ☐

Ha recibido donativos internacionales

Si ☐

No ☐

Fecha de constitución: _____

Fecha inicio de actividades: _____

Objetivo general de la Institución: _____

Nota: El cuestionario de evaluación o estudio socioeconómico es para todas las organizaciones de tipo civil y privado sin fines de lucro, en caso de que algunos conceptos, no correspondan a su actividad, favor de manifestarlo por escrito en el cuestionario, con la frase "No aplica".

C A P A C I D A D D E A T E N C I O N

Capacidad máxima _____

Población actual _____

		E D A D		S E X O	
Población	Número	Mínima	Máxima	Femenino	Masculino
Interna					
Externa					

C A R A C T E R I S T I C A S D E L A P O B L A C I O N A T E N D I D A

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ceguera/debilidad visual | <input type="checkbox"/> Bajos recursos económicos |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Delincuencia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje/mudez | <input type="checkbox"/> Orfandad/abandono de familiares |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones del sistema locomotor | <input type="checkbox"/> Maltrato físico o mental |
| <input type="checkbox"/> Deficiencias o alteraciones mentales | <input type="checkbox"/> Impedimentos físicos o mentales |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/farmacodependencia | |
| <input type="checkbox"/> Padres o tutores impedidos de ejercer la tutela y cuidado por: | |
| <input type="checkbox"/> Jornada laboral | |

R E Q U I S I T O S D E I N G R E S O

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Escolaridad | Mínima _____ | Promedio calificación _____ |
| <input type="checkbox"/> Contar con tutor o responsable | <input type="checkbox"/> Certificado de salud/examen médico | <input type="checkbox"/> Exámen de admisión |
| <input type="checkbox"/> Cubrir cuotas de recuperación | _____ | Máxima \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Aceptación por parte del usuario para ingresar a la Institución | Mínima \$ _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |
| _____ | | |

INFORMACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

LA INSTITUCION BRINDA A SUS BENEFICIARIOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

☐

INTERNADO

☐

Tiempo completo

☐

Medio tiempo

☐

ALIMENTACION

☐

3 comidas diarias

☐

2 comidas diarias

☐

1 comida diaria

Los menús son elaborados

por:

☐

Dietista

☐

Personal de la institución

☐

VESTIDO

☐

Prendas nuevas

☐

Prendas usadas

ATENCION MEDICA

☐

Exámenes médicos periódicos

☐

Higiene personal (supervisión-orientación)

☐

Otras: _____

☐

Vacunas

☐

Seguimiento clínico

REHABILITACION

☐

Terapia Física

☐

Terapia Psicológica

☐

Otra: _____

☐

Terapia audición/lenguaje/visión

☐

Terapia ocupacional

EDUCACION

☐

Pre-escolar

☐

Primaria

☐

Secundaria

☐

Estudios Técnicos

☐

Estudios libres complementarios (Arte, Cultura)

☐

Estudios comerciales

☐

Preparatoria o Vocacional

☐

Educación Especial

☐

Alfabetización

LOS USUARIOS RECIBEN EDUCACION FUERA DE LA INSTITUCION:

☐

Si

☐

No

Especifique (lugar y tipo) _____

ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- ☐ Culturales
- ☐ Deportivas
- ☐ Sociales

TRABAJO SOCIAL:

- ☐ Canalización de casos
- ☐ Seguimiento de casos
- ☐ Consejo familiar

- ☐ Bolsa de trabajo
- ☐ Estudios p/ingreso
- ☐ Estudios p/determinar cuotas de recuperación

OTROS SERVICIOS DE LA INSTITUCION:

- ☐ Cursos de capacitación
- ☐ A su propio personal
- ☐ A personal de otras instituciones

- ☐ Investigación

Tópico _____

Finalidad _____

OFRECE LA INTITUCION BECAS A SUS BENEFICIARIOS. *☐ Si☐ No

Número _____

Monto \$ _____

LOS BENEFICIARIOS DE LA INSTITUCION RECIBEN:

- ☐ Medicamentos
- ☐ Aparatos para rehabilitación
- ☐ Material:
- ☐ Educativo (libros / útiles)
- ☐ Deportivo
- ☐ Para terapias
- ☐ Esparcimiento (juegos, etc.)

- ☐ Sin costo
- ☐ Sin costo
- ☐ Sin costo
- ☐ Sin costo
- ☐ Sin costo
- ☐ Sin costo

- ☐ Con costo
- ☐ Con costo
- ☐ Con costo
- ☐ Con costo
- ☐ Con costo
- ☐ Con costo

* En relación anexa, detallar nombre de beneficiarios e importe de cada beca.

BAJAS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA INSTITUCION (número y causa)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Término de período rehabilitatorio | <input type="checkbox"/> Rebasar la edad tope de atención |
| <input type="checkbox"/> Término de estudios formales | <input type="checkbox"/> Fugas |
| <input type="checkbox"/> Traslado a otra Institución | <input type="checkbox"/> Fallecimientos |
| <input type="checkbox"/> Adopción/integración al núcleo familiar | |

Otros: _____

No. de beneficiarios en los últimos 12 meses

TOTAL _____

INFORMACION DEL INMUEBLE

EL INMUEBLE SE UBICA EN UNA ZONA:

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urbana | <input type="checkbox"/> Marginada | <input type="checkbox"/> Rural |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|

SITUACION ACTUAL DEL INMUEBLE:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propio | <input type="checkbox"/> Rentado | <input type="checkbox"/> Prestado |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

TIPO DE INMUEBLE:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Edificio | No. de plantas _____ |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------|

SERVICIOS EN EL INMUEBLE:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Luz | <input type="checkbox"/> Agua potable | <input type="checkbox"/> Gas |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Drenaje | <input type="checkbox"/> Caldera/calentador |

INSTALACIONES CON QUE CUENTA EL INMUEBLE:

<input type="checkbox"/> Sala/estancia	<input type="checkbox"/> Aulas de clase	<input type="checkbox"/> Aulas	<input type="checkbox"/> Dormitorios
<input type="checkbox"/> Baños completos	<input type="checkbox"/> Medio baño	<input type="checkbox"/> taller/terapia	<input type="checkbox"/> Cocina
<input type="checkbox"/> Bodega	<input type="checkbox"/> Enfermería/consultorio	<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Lavandería/tendedero
<input type="checkbox"/> Despachos	<input type="checkbox"/> Estacionamiento	<input type="checkbox"/> Biblioteca	<input type="checkbox"/> No. Total
		<input type="checkbox"/> Jardín/patio	

LA SALA ESTANCIA CUENTA CON:

<input type="checkbox"/> Sillones	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Juegos de salón	<input type="checkbox"/> Mesas
<input type="checkbox"/> Aparato de sonido			

LAS AULAS DE CLASE CUENTAN CON:

<input type="checkbox"/> Pupitres/mesas	<input type="checkbox"/> Pizarrón	<input type="checkbox"/> Material didáctico	<input type="checkbox"/> Escritorio
<input type="checkbox"/> Anaqueles/bodega			

LOS TALLERES CUENTAN CON:

<input type="checkbox"/> Herramienta necesaria	<input type="checkbox"/> Bodega	<input type="checkbox"/> Material de trabajo	<input type="checkbox"/> Anaqueles
--	---------------------------------	--	------------------------------------

LAS SALAS DE TERAPIA FISICA CUENTAN CON:

<input type="checkbox"/> Barras	<input type="checkbox"/> Hidromasaje	<input type="checkbox"/> Pesas	<input type="checkbox"/> Otras
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

LOS DORMITORIOS CUENTAN CON:

<input type="checkbox"/> Camas	<input type="checkbox"/> Sábanas	<input type="checkbox"/> Colcha	<input type="checkbox"/> Colchón
<input type="checkbox"/> Cobertor	<input type="checkbox"/> Almohadas	No. de usuarios que duermen en cada cama _____	

LOS BAÑOS CUENTAN CON:

<input type="checkbox"/> Regadera	<input type="checkbox"/> Excusado	<input type="checkbox"/> Agua caliente y fría	<input type="checkbox"/> Lavabo
<input type="checkbox"/> Espejo	No. de beneficiarios que usan cada baño _____		

EL COMEDOR CUENTA CON:

<input type="checkbox"/> Mesas	<input type="checkbox"/> Sillas	<input type="checkbox"/> Servicio para cada usuario (platos, vasos, cubiertos)
--------------------------------	---------------------------------	--

LA COCINA CUENTA CON:

<input type="checkbox"/> Estufa de	<input type="checkbox"/> Licuadora	<input type="checkbox"/> Batidora	<input type="checkbox"/> Congelador de carnes
<input type="checkbox"/> gas	<input type="checkbox"/> Horno de gas	<input type="checkbox"/> Alacena/bodega de alimentos	<input type="checkbox"/> Utensilios y trastos de cocina
<input type="checkbox"/> Refrigerador			suficientes

LA ENFERMERIA / CONSULTORIO CUENTA CON :

☐ Botiquín de primeros auxilios

☐ Mesa de exploraciones

☐ Báscula

☐ Otros

El inmueble presenta daños importantes : _____

INFORMACION DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION

No. de personal bajo contrato _____

No. de personal por honorarios _____

No. de personal voluntario (no remunerado) _____

PRESTACIONES QUE RECIBEN LOS EMPLEADOS EN NOMINA :

Total de personal

☐ IMSS

☐ ISSSTE

☐ Servicio médico privado

☐ Aguinaldos

☐ Prima vacacional

☐ Capacitación

☐ Servicio de comedor en la institución

☐ Otros

P E R S O N A L

N U M E R O

C A L I D A D

**S U E L D O
P R O M E D I O
M E N S U A L**

Planta

Honorarios

Voluntarios

Administrativos

Educadores

Psicólogo

Trabajo social

Enfermera

Terapeutas

Médico

Dentista

Intendencia

Otros

TOTAL

EN GENERAL LAS CONDICIONES DE HIGIENE OBSERVADAS SON:

INSTALACIONES	LIMPIO	SUCIO	ORDEN	DESORDEN	OBSERVACIONES
Cocina					
Comedor					
Sala-Estancia					
Dormitorio					
Baños					
Aulas de					
clase					
Talleres					
Enfermería					
Otros					

Cuenta la institución con lugares apropiados (en capacidad y localización) de los depósitos de basura: ☐ SI ☐ NO

DATOS COMPLEMENTARIOS DEL ENCUESTADOR

OBSERVACIONES: _____

Nombre del evaluador: _____

Dependencia: _____

Fecha de aplicación: _____

Nombre del solicitante: _____

Nombre del informador: _____

Puesto en la Institución: _____

Fue citado por el evaluador: ☐ SI ☐ NO

El C. _____ manifiesta que los datos proporcionados son verídicos y acepta sean ampliados por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, en caso necesario.

Ciudad o Población

Firma

Entidad Federativa