



Compromiso con los Adultos Mayores
“Compromiso con la Nutrición de los Adultos Mayores”

Estado Situacional de Beneficiario

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

MUNICIPIO: TANGANCICUARO **LOCALIDAD:** _____

FECHA: _____

Señale si cuenta con:

☐

Oportunidades.

☐

Capacidades diferentes.

☐

Seguro Popular.

☐

Pensión o jubilación

☐

Ocupación remunerada.

Señale si su vivienda cuenta con:

☐

Agua Potable

☐

Electricidad

☐

Piso de tierra

☐

Drenaje

☐

Teléfono

Marque su estado de salud

☐

Sano

☐

Enfermo

Padecimiento (s) _____

FIRMA DEL SOLICITANTE