

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA



REGISTRO ÚNICO BENEFICARIOS
FICHA SOCIOECONOMICA ÚNICA (Formato 0001)



UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. REGIÓN	2. DEPARTAMENTO	3. MUNICIPIO	4. ALDEA	5. CASERIO	6. BARRIO O COLONIA	7. ZONA SECTOR	8. N° de la primera ficha utilizado en este hogar	9. TIPO DE FICHA
1 2	0 8	0 8 0 1	0 1	0 0 1				☐ RURAL ☐ URBANO

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

10. MANZANA	11. BLOQUE	12. N° VIVIENDA	13. CALLE	14. TELEFONO DE DOMICILIO	TELEFONO CELULAR	HOGAR: Es un conjunto de personas sean parientes o no, que ocupan en su totalidad o en parte una vivienda, comparten al menos las comidas principales y atienden en común otras necesidades básicas, con cargo a un presupuesto común.		
15. REFERENCIA								
16. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE						N° ORDEN	17. ¿Cuántos hogares residen en esta vivienda?	18. HOGAR N° /

II. PERSONAL RESPONSABLE

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ENCUESTADOR	CODIGO DEL ENCUESTADOR
APELLIDOS Y NOMBRES DEL SUPERVISOR	CODIGO DEL SUPERVISOR
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DIGITADOR /ESCAÑEADOR	CODIGO DEL DIGITADOR/ESCAN.

CONTROL DE CALIDAD

VISITA	ENCUESTADOR(A)	REVISITA	SUPERVISOR(A)	RESULTADO FINAL DEL LEVANTAMIENTO	(*) CÓDIGOS DE RESULTADO	Firma o huella del Informante clave
	FECHA (dd-mm)		FECHA (dd-mm)	FECHA (dd-mm-aaaa)	1 Completa 2 Incompleta 3 Rechazo 4 Ausente 5 Vivienda desocupada 6 Otro (Especifique)	
Primera	D D M M	Primera	D D M M	D D M M A A A A		
Segunda	D D M M	Segunda	D D M M			

III CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA						
1. TIPO DE VIVIENDA (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Rancho (Casa de materiales naturales) 2. ☐ Vivienda improvisada 3. ☐ Cuarto en Cuarteria 4. ☐ Barracón 5. ☐ Apartamento 6. ☐ Casa Independiente 7. ☐ Otro (Especifique)	4. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Paja, palma o similar 2. ☐ Material de desecho 3. ☐ Teja de barro 4. ☐ Madera 5. ☐ Lamina de zinc 6. ☐ Lamina de Asbesto 7. ☐ Concreto 8. ☐ Otro (Especifique)	7. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU VIVIENDA ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Servicio Público 2. ☐ Servicio Privado 8. EL ABASTECIMIENTO DE AGUA EN SU VIVIENDA PROCEDE PRINCIPALMENTE DE: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Red Pública dentro de la vivienda 2. ☐ Red pública fuera de la vivienda, pero dentro de la propiedad 3. ☐ Pila o llave pública 4. ☐ Pozo malacate 5. ☐ Río, riachuelo, manantial, ojo de agua. 6. ☐ Camión cisterna u otro similar 7. ☐ Otro (Especifique)	11. LA UNIDAD DE VIVIENDA SE ENCUENTRA AMENAZADA POR: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Deslizamiento 2. ☐ Avalancha 3. ☐ Inundación y lluvias 4. ☐ Temblores 5. ☐ Ninguno 6. ☐ Otro riesgo (Especifique) 12. ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda? (No incluya baños, pasillos, ni garaje)	5. BIENES QUE POSEE EL HOGAR: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Estufa de gas 2. ☐ Estufa Eléctrica 3. ☐ Refrigeradora 4. ☐ Teléfono fijo 5. ☐ Licuadora 6. ☐ Horno microondas 7. ☐ Televisor a color 8. ☐ Lavadora 9. ☐ Equipo de Sonido 10. ☐ Computadora 11. ☐ Internet 12. ☐ Cable 13. ☐ DVD 14. ☐ Plancha Eléctrica 15. ☐ Radio 16. ☐ Fogón 17. ☐ Bicicleta 18. ☐ Ninguno RM		
2. SU VIVIENDA ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Alquilada 2. ☐ Propia y completamente pagada 3. ☐ Propia y la esta pagando 4. ☐ Propia y recuperada legalizada 5. ☐ Propia y recuperada sin legalizar 6. ☐ Cedida sin pago 7. ☐ Recibida por servicios de trabajo 8. ☐ Otro (Especifique)			5. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Tierra 2. ☐ Madera 3. ☐ Ladrillo de barro 4. ☐ Plancha de cemento 5. ☐ Ladrillo de cemento 6. ☐ Ladrillo de granito 7. ☐ Cerámica 8. ☐ Otro (Especifique)	9. ¿QUÉ TRATAMIENTO LE DA PRINCIPALMENTE AL AGUA QUE UTILIZA PARA BEBER? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ La hierve 2. ☐ La cloran 3. ☐ La Filtra 4. ☐ Compra de agua purificada 5. ☐ Otros (Especifique) 6. ☐ Ninguno	11. LA UNIDAD DE VIVIENDA SE ENCUENTRA AMENAZADA POR: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Deslizamiento 2. ☐ Avalancha 3. ☐ Inundación y lluvias 4. ☐ Temblores 5. ☐ Ninguno 6. ☐ Otro riesgo (Especifique) RM	6. ¿COMO ELIMINAN LA BASURA DE ESTE HOGAR? 1. ☐ Recolección Domiciliaria pública 2. ☐ Recolección Privada 3. ☐ Deposita en contenedores 4. ☐ la entierra, la quema 5. ☐ Prepara Abonos 6. ☐ La tira en cualquier lugar 7. ☐ Otro
3. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Bahareque, vara o caña 2. ☐ Desechos 3. ☐ Madera 4. ☐ Adobe 5. ☐ Material Prefabricado 6. ☐ Ladrillo. Piedra o bloque 7. ☐ Otro (Especifique)			6. ¿CUÁL ES EL TIPO DE ALUMBRADO QUE UTILIZA PRINCIPALMENTE EN SU VIVIENDA? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Electricidad del Servicio Público 2. ☐ Vela 3. ☐ Kerosene 4. ☐ Ocote 5. ☐ Energía Solar 6. ☐ Otro (Especifique) ¿Cuánto pagó por electricidad el mes pasado? L (Solo contestar si se respondió No. 1)	10. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO UTILIZA? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Inodoro conectado a red de alcantarillado 2. ☐ Inodoro conectado a pozo septico 3. ☐ Inodoro sin conexión a pozo séptico ni alcantarillado 4. ☐ Letrina a río, laguna, mar... 5. ☐ Letrina con cierre hidráulico 6. ☐ Letrina a pozo séptico. 7. ☐ Letrina a pozo negro. 8. ☐ No tiene 9. ☐ Otro (Especifique)	12. ¿Cuántas piezas tiene esta vivienda? (No incluya baños, pasillos, ni garaje) IV DATOS DEL HOGAR 1. ¿DE CUANTAS PIEZAS DISPONE ESTE HOGAR? (No incluya baños, pasillos y garaje) 2. ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN PERMANENTEMENTE EN ESTE HOGAR? Hombres Mujeres Total 3. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PRINCIPALMENTE PARA COCINAR? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Leña 2. ☐ Residuos 3. ☐ kerosene (Gas) 4. ☐ Gas LPG 5. ☐ Electricidad 6. ☐ Otro (Especifique) 4. ALGUN MIEMBRO DE ESTE HOGAR PERTENECE A LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES COMUNITARIAS: (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Patronatos 2. ☐ Clubes juveniles 3. ☐ Grupos de la iglesia 4. ☐ Clubes deportivos 5. ☐ Juntas de Agua 6. ☐ Asociación de padres de familia 7. ☐ Otros (Especifique) 8. ☐ Ninguno RM	7. ¿A QUE UNIDAD DE SALUD ASISTEN LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR? 8. ¿CUÁNTOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR UTILIZAN EL TRANSPORTE URBANO? ¿Cuántos de ellos son estudiantes? 9. ¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE UTILIZÓ LA SEMANA PASADA, ESPECIFIQUE LA CANTIDAD DE VECES QUE UTILIZA A DIARIO? 1. Buses 2. Taxis 10. ¿ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR MANTIENE CUENTAS DE AHORRO? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 11. ¿CON QUE TIPO DE SERVICIOS FINANCIEROS CUENTA EL HOGAR? (Observe la vivienda y rellene sólo el óvalo ☐ que corresponda) 1. ☐ Caja Rural 2. ☐ Bancos Comunales 3. ☐ Banco Comercial 4. ☐ Cooperativa de Ahorro y Credito 5. ☐ Ninguno RM

V. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN						SALUD		EDUCACIÓN (5 años y más)				OCUPACIÓN		DISCAPACIDAD	PROGRAMA SOCIAL				
Apellidos (En el primer renglón registre el apellido paterno y en el segundo el apellido materno, según identidad), Nombres (En el tercer renglón registre los nombres separándolos por un casillero, según identidad), Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)/ Edad (años cumplidos marque meses solo para menores de 01 año), Tipo de Documento: Seleccionar solo una alternativa/ No. De documento (Escribir el número de documento), en el caso de carnet de extranjero no completar el número del documento. (1)/(2)/(3)/(4)/(5)/(6)/(7)						Parentesco con el jefe(a) del hogar (8)	Sexo Si es 2 indicar si esta embarazada (9)	Estado Civil (12 y mas años) (10)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera.. (11)	¿Qué tipo de servicio de Salud utiliza? (12)	Lleva periódicamente al niño a sus controles de salud (Niños de 0 a 5 años) (13)	¿...sabe leer y escribir? (14)	¿...esta matriculado y asiste a un centro educativo? (15)	Nivel Educativo, (1) ó (2) pase a 18 (16)	Último año o grado de estudio aprobado (17)	En el ultimo mes era...? (para 5 años y mas) (18)	Sector en el que se desempeña - ba (Para 5 años y mas) (19)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? RM (20)	¿De qué programa social es beneficiario? RM (21)
1	A P E L L I D O	P A T E R N O	N O M B R E S	D D M M A A A A	Edad (años)	Meses	Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito	1 2 3 4	Tipo de Documento	Número de Documento	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	RM	1 2 3 4 5 6 7	RM
2	A P E L L I D O	P A T E R N O	N O M B R E S	D D M M A A A A	Edad (años)	Meses	Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito	1 2 3 4	Tipo de Documento	Número de Documento	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	RM	1 2 3 4 5 6 7	RM
3	A P E L L I D O	P A T E R N O	N O M B R E S	D D M M A A A A	Edad (años)	Meses	Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito	1 2 3 4	Tipo de Documento	Número de Documento	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	RM	1 2 3 4 5 6 7	RM
4	A P E L L I D O	P A T E R N O	N O M B R E S	D D M M A A A A	Edad (años)	Meses	Tarjeta de ID Part. Nac. Carnet Ex. No inscrito	1 2 3 4	Tipo de Documento	Número de Documento	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	RM	1 2 3 4 5 6 7	RM
(8) Relación de Parentesco		(9) Sexo	(10) Estado Civil	(11) Grupo Étnico	(12) Servicio de salud	(15) Razones de No Asistencia	(16) Nivel Educativo	(17) Grado Aprobado	(18) Ocupación	(19) Sector	(20) Tipo de Discapacidad	(21) Beneficiario de:							
1. Jefe 2. Cónyuge 3. Hijo/a 4. Yerno/Nuera 5. Nieto/a 6. Padres/Suegros		1. Masculino 2. Femenino Embarazada 1. Si 2. No	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión Libre 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a	1. Garífuna 2. Misquito 3. Tawahka 4. Pech 5. Tolupán 6. Maya Chorti 7. Nahoa 8. Negro de habla inglesa 9. Lenca 10. Ninguna de los anteriores 11. No sabe	1. Hospital Público 2. Hospital del IHSS 3. Hospital Clínica/ medico privado 4. Clínica Materno Infantil 5. CLUPER 6. CESAMO 7. CESAR 8. Personal Comunitario 9. Curandero 10. Farmacia 11. En el Domicilio	1. Trabajo 2. Distancia 3. Quehaceres en el Hogar 4. Problemas de Salud 5. Recurso económico 6. Sin actividad 7. Otras	1. Ninguno 2. Pre Escolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no Universitario 6. Superior Universitario 7. Post Grado u otro similar	Marcar el último año o grado aprobado del nivel educativo marcado en la pregunta 16	1. Trabajador asalariado 2. Trabajador a cuenta propia 3. Empleado 4. Servicio Domestico 5. Desempleado 7. Estudiante 8. Jubilado 9. Pensionado 10. Trabajo familiar no remunerado 11. Sin actividad	1. Forestal 2. Agrícola 3. Pecuario 4. Agro Industrial 5. Minería 6. Turismo 7. Comercial 8. Servicios 9. Estado (Gob.)	1. Visual parcial o total 2. Para oír parcial o total 3. Para hablar parcial o total 4. Para usar brazos y manos / piernas y pies 5. Mental o intelectual 6.No tiene discapacidad	1. Merienda Escolar 2. Vaso de Leche 3. Bono 10,000 4. Bono ENEE 5. Bono Adulto Mayor 6. Desarrollos Honduras 7. Otros 8. Ninguno							

V. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN										SALUD		EDUCACIÓN (5 años y más)				OCUPACIÓN		DISCAPACIDAD	PROGRAMA SOCIAL																		
Apellidos (En el primer renglón registre el apellido paterno y en el segundo el apellido materno, según identidad), Nombres (En el tercer renglón registre los nombres separándolos por un casillero, según identidad), Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)/Edad (años cumplidos marque meses solo para menores de 01 año), Tipo de Documento: Seleccionar solo una alternativa/No. De documento (Escribir el número de documento), en el caso de carnet de extranjero no completar el número del documento. (1)/(2)/(3)/(4)/(5)/(6)/(7)										Parentesco con el jefe(a) del hogar		Sexo Si F indicar si esta embarazada	Estado Civil (12 y mas años)	De cual de los siguientes grupos étnicos se considera..	¿Qué tipo de servicio de Salud utiliza?	Lleva periódicamente al niño a sus controles de salud (Niños de 0 a 5 años) (13)	¿...sabe leer y escribir?	¿...esta matriculado y asiste a un centro educativo?	Nivel Educativo (1) ó (2) pase a 18	Último año o grado de estudio aprobado	En el ultimo mes era...? (para 5 años y mas)	Sector en el que se desempeña -ba (Para 5 años y mas)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? RM	¿De qué programa social es beneficiario? RM													
										(8)	(9)	(10)	(11)	(12)		(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)														
5	APELLIDO PATERNO										1	8	1	1	1	7	1	7	1	2	1	7	1	7	1	RM	1	7	RM								
	APELLIDDD MATERNO										2	9	2	2	2	8	2	8												2	8	2	8	2	8	2	8
	NOMBRES										3	10	Embarazada	3	3	9	3	9												3	9	3	9	3	9	3	9
	NOMBRES										4		1	4	4	10	4	10												4	10	4	10	4	10	4	10
	DDMMAAAA										5		2	5	5	11	5	11												5	11	5	11	5	11	5	11
	Edad (años) Meses										6			6	6		6	6												6	6	6	6	6	6	6	6
	Tarjeta de ID 1 Tipo de Documento 2 Part. Nac. 3 Carnet Ex. 4 No inscrito 4 Número de Documento										7																										
6	APELLIDO PATERNO										1	8	1	1	1	7	1	7	1	2	1	7	1	7	1	RM	1	7	RM								
	APELLIDDD MATERNO										2	9	2	2	2	8	2	8												2	8	2	8	2	8	2	8
	NOMBRES										3	10	Embarazada	3	3	9	3	9												3	9	3	9	3	9	3	9
	NOMBRES										4		1	4	4	10	4	10												4	10	4	10	4	10	4	10
	DDMMAAAA										5		2	5	5	11	5	11												5	11	5	11	5	11	5	11
	Edad (años) Meses										6			6	6		6	6												6	6	6	6	6	6	6	6
	Tarjeta de ID 1 Tipo de Documento 2 Part. Nac. 3 Carnet Ex. 4 No inscrito 4 Número de Documento										7																										
7	APELLIDO PATERNO										1	8	1	1	1	7	1	7	1	2	1	7	1	7	1	RM	1	7	RM								
	APELLIDDD MATERNO										2	9	2	2	2	8	2	8												2	8	2	8	2	8	2	8
	NOMBRES										3	10	Embarazada	3	3	9	3	9												3	9	3	9	3	9	3	9
	NOMBRES										4		1	4	4	10	4	10												4	10	4	10	4	10	4	10
	DDMMAAAA										5		2	5	5	11	5	11												5	11	5	11	5	11	5	11
	Edad (años) Meses										6			6	6		6	6												6	6	6	6	6	6	6	6
	Tarjeta de ID 1 Tipo de Documento 2 Part. Nac. 3 Carnet Ex. 4 No inscrito 4 Número de Documento										7																										
8	APELLIDO PATERNO										1	8	1	1	1	7	1	7	1	2	1	7	1	7	1	RM	1	7	RM								
	APELLIDDD MATERNO										2	9	2	2	2	8	2	8												2	8	2	8	2	8	2	8
	NOMBRES										3	10	Embarazada	3	3	9	3	9												3	9	3	9	3	9	3	9
	NOMBRES										4		1	4	4	10	4	10												4	10	4	10	4	10	4	10
	DDMMAAAA										5		2	5	5	11	5	11												5	11	5	11	5	11	5	11
	Edad (años) Meses										6			6	6		6	6												6	6	6	6	6	6	6	6
	Tarjeta de ID 1 Tipo de Documento 2 Part. Nac. 3 Carnet Ex. 4 No inscrito 4 Número de Documento										7																										
(8) Relación de Parentesco										(9) Sexo		(10) Estado Civil	(11) Grupo Étnico	(12) Servicio de salud	(15) Razones de No Asistencia	(16) Nivel Educativo	(17) Grado Aprobado	(18) Ocupación	(19) Sector	(20) Tipo de Discapacidad	(21) Beneficiario de:																
1. Jefe 7. Hermano/a 2. Cónyuge 8. Trabajador del Hogar 3. Hijo/a 9. Otros parientes 4. Yerno/Nuera 10.Otros no parientes 5. Nieto/a 6. Padres/Suegros										1. Masculino 2. Femenino 3. Si 4. No		1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión Libre 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a	1. Garífuna 2. Misquito 3. Tawahka 4. Pech 5. Tolupán 6. Maya Chorti 7. Nahoa 8. Negro de habla inglesa 9. Lenca 10. Ninguna de los anteriores 11. No sabe	1. Hospital Público 2. Hospital del IHSS 3. Hospital Clínica/ medico privado 4. Clínica Materno Infantil 5. CLUPER 6. CESAMO 7. CESAR 8. Personal Comunitario 9. Curandero 10. Farmacia 11. En el Domicilio	1. Trabajo 2. Distancia 3. Quehaceres en el Hogar 4. Problemas de Salud 5. Recurso económico 6. Otras	1. Ninguno 2. Pre Escolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no Universitario 6. Superior Universitario 7. Post Grado u otro similar	1. Trabajador asalariado 2. Trabajador a cuenta propia 3. Empleador 4. Servicio Domestico 5. Desempleado 7. Estudiante 8. Jubilado 9. Pensionado 10. Trabajo familiar no remunerado 11. Sin actividad	1. Forestal 2. Agrícola 3.Pecuario 4. Agro Industrial 5. Minería 6. Turismo 7. Comercial 8. Servicios 9. Estado (Gob.)	1. Visual parcial o total 2. Para oír parcial o total 3. Para hablar parcial o total 4. Para usar brazos y manos / piernas y pies 5. Mental o intelectual 6.No tiene discapacidad	1. Merienda Escolar 2. Vaso de Leche 3. Bono 10,000 4. Bono ENEE 5. Bono Adulto Mayor 6. Desarrollemos Honduras 7. Otros 8. Ninguno																	