



INFORME DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS SIN HOGAR

DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

PROGRAMA DE SOLUCIONES DE EMERGENCIAS (ESG)

Municipio donde ocurre la emergencia: _____

Fecha del evento: _____

Referido por: _____

Nombre de Individuo o jefe de familia: _____

Dirección postal: _____

Dirección física: _____

Cantidad de personas afectadas: _____

Información general: composición familiar afectada

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	INDIVIDUO SOLO

Evento:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tormenta tropical | <input type="checkbox"/> Inundaciones |
| <input type="checkbox"/> Huracán | <input type="checkbox"/> Explosiones |
| <input type="checkbox"/> Marejada | <input type="checkbox"/> Accidentes |
| <input type="checkbox"/> Derrumbe / Deslizamiento | <input type="checkbox"/> Emanación de gases |
| <input type="checkbox"/> Temblor/Terremoto | <input type="checkbox"/> Amenaza de bomba |
| <input type="checkbox"/> Incendio | <input type="checkbox"/> Accidente tecnológico |

Bajo que componente puede recibir servicios:

- ES P RRH SO

LA PERSONA O LA FAMILIA AFECTADA PERMANECIERON:

- En el lugar de los hechos
- En casa de un familiar
- En casa de un vecino o amigo
- Refugiados (Gobierno estatal o municipal)

Indique el lugar o la dirección donde permanecieron: _____

Necesidades Inmediatas:

Alimentos

Agua potable

Ropa

Vivienda

Servicios médicos

Otros

Salud Mental

Números de teléfono donde se pueda localizar a la persona afectada o contacto en caso de que la familia afectada no se pueda localizar:

1. _____, _____
2. _____, _____
3. _____, _____
4. _____, _____

Narrativa de los hechos ocurridos:



Acciones tomadas:

Agencias que se presentaron al evento a brindar su ayuda y orientación:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Comentarios:

Informe socioeconómico

EMPLEADO: SI NO

INGRESOS: \$ _____ () SEMANAL () BISEMANAL () QUINCENAL () MENSUAL

() ASUME \$ _____ SEGURO SOCIAL \$ _____ RETIRO

\$ _____ ASISTENCIA NUTRICIONAL (PAN) OTROS: _____

Titularidad de la vivienda o ha recibido servicios por ESG:

_____ DUEÑO DE LA CASA

Titularidad Hipoteca

_____ ALQUILER (\$ _____ CUANTO PAGA DE ALQUILER)

_____ SERVICIO ESG

SI NO

Condiciones de la vivienda

Vivienda sin techo

Vivienda con señales de que no cuenta con utilidades

Vivienda en condiciones deplorables

Vivienda en condiciones infrahumanas

Vivienda con daños estructurales debido a arboles caídos o deslizamiento de terrenos

Vivienda con daños a causa de movimiento de terreno

Vivienda con daños a causa de fuego

Vivienda con daños a causa de inundaciones (se metió el agua a la casa)



VIVIENDA	MADERA Y ZINC	CEMENTO	MIXTA	TIENE SERVICIO DE LUZ	TIENE SERVICIO DE AGUA
UN NIVEL					
DOS NIVELES					
TRES O MAS NIVELES					

1. Perdida de equipo y mobiliario a causa de la emergencia

_____ , _____ , _____

2. Perdida de bienes personales en el hogar (ej. ropa, alimentos, calzado, etc.) _____ , _____ , _____

Referidos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____



Firma del entrevistado o testigo

Fecha

Firma del Funcionario de ESG

Fecha

Firma del Director(a) del Programa ESG

Fecha