



1. CÓDIGO DEL PROYECTO

2. FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
DÍA	MES	AÑO

**INSTRUMENTO DE REGISTRO LÍNEA DE BASE
PROGRAMA VIOLENCIA RURAL 2019
(Responde Representante de Familia)**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

3. RUT	4. NOMBRE	5. APELLIDO PATERNO	6. APELLIDO MATERNO

7. FECHA DE NACIMIENTO	8. SEXO	9. NACIONALIDAD
DÍA MES AÑO	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

10. DIRECCIÓN	11. REGIÓN

12. COMUNA	13. ZONA GEOGRÁFICA (marque con una x)
	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural

14. TELÉFONO FIJO	15. TELÉFONO CELULAR

16. CORREO ELECTRÓNICO

17. OBSERVACIONES

B. INGRESOS DEL HOGAR

18. INDIQUE LOS INGRESOS TOTALES AUTÓNOMOS DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO MES (no considerar bonos, subsidios, ayudas de familiares, pensiones)

19. INDIQUE EL MONTO MENSUAL DE SUBSIDIOS/BONOS DEL ESTADO QUE RECIBE SU FAMILIA (si no recibe subsidios coloque cero (0))

20. INDIQUE EL MONTO MENSUAL POR INGRESOS ADICIONALES QUE RECIBE SU FAMILIA (considere arriendos pensión de alimentos, donaciones, etc.)

C. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

21. INDIQUE SI LA PERSONA REPRESENTANTE ES JEFATURA DE HOGAR (marque con una x)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

22. INDIQUE SEXO DE LA PERSONA REPRESENTANTE DEL HOGAR (marque con una x)
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

23. IDENTIFIQUE LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Monoparental
<input type="checkbox"/>	Sólo pareja
<input type="checkbox"/>	Familiar nuclear
<input type="checkbox"/>	Familiar extensa
<input type="checkbox"/>	Familiar extensa monoparental
<input type="checkbox"/>	Familiar extensa biparental
<input type="checkbox"/>	Familia homoparental
<input type="checkbox"/>	Familia reconstituida o ensamblada
<input type="checkbox"/>	Familia Unipersonal

28. INDIQUE SITUACIÓN LABORAL DE LA PERSONA JEFE DE FAMILIA (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Cesante
<input type="checkbox"/>	Busca trabajo por primera vez
<input type="checkbox"/>	Asalariado agrícola
<input type="checkbox"/>	Pequeño productor agrícola
<input type="checkbox"/>	Trabajador/a por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	Empleado
<input type="checkbox"/>	Jubilado, pensionado, montepiado
<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Dueña de casa
<input type="checkbox"/>	Sin actividad
<input type="checkbox"/>	Otra

32. INDIQUE EL TIPO DE OCUPACIÓN DE LA VIVIENDA (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Propia (pagada o pagándose)
<input type="checkbox"/>	Arrendada
<input type="checkbox"/>	Allegado(a) en casa
<input type="checkbox"/>	Allegado(a) en sitio
<input type="checkbox"/>	Usufructo (uso y goce)
<input type="checkbox"/>	Otro

24. INDIQUE NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR DE 18 AÑOS Y MÁS

--

25. INDIQUE NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR MENORES DE 18 AÑOS (incluir a la persona representante de familia)

--

29. INDIQUE EL USO DE LA VIVIENDA (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Uso habitacional exclusivo
<input type="checkbox"/>	Uso productivo exclusivo
<input type="checkbox"/>	Uso mixto

30. INDIQUE SI LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS SANITARIOS BÁSICOS (marque con una x)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

33. INDIQUE SI LA FAMILIA TIENE CONDICIÓN DE HACINAMIENTO (responde el ejecutor. Marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sin hacinamiento (2,4 y menos personas)
<input type="checkbox"/>	Hacinamiento medio (2,5 a 4,9 personas)
<input type="checkbox"/>	Hacinamiento crítico (5 y más personas)

26. INDIQUE NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR, MAYORES DE 18 AÑOS, QUE APORTAN INGRESOS AL HOGAR (incluir al representante)

--

27. INDIQUE LOS GASTOS TOTALES MENSUALES DE LA FAMILIA (Ej. Alimentación, vestuario, pago de arriendo, dividendo, servicios, otros)

--

31. INDIQUE SI LA VIVIENDA SE SITÚA EN CAMPAMENTO (responde el ejecutor. Marque con una x)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

34. INDIQUE SI EN LA FAMILIA HAY PRESENCIA DE VIF HACIA ALGÚN INTEGRANTE DEL HOGAR SIN INGRESOS PROPIOS (Responde el ejecutor. Marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Hijos e hijos
<input type="checkbox"/>	Personas mayores
<input type="checkbox"/>	Cruzada (ida y vuelta)
<input type="checkbox"/>	Otras personas
<input type="checkbox"/>	No observado

35. INDIQUE EL TIPO DE AFECTACIÓN A CAUSA DEL EVENTO DE VIOLENCIA RURAL (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Personal
<input type="checkbox"/>	Grupo Familiar
<input type="checkbox"/>	Vivienda
<input type="checkbox"/>	Animales
<input type="checkbox"/>	Maquinarias e insumos
<input type="checkbox"/>	Infraestructura productiva
<input type="checkbox"/>	Otros ¿Cuál? _____ _____
	(Detallar)

36. INDIQUE SI LA FAMILIA PERTENECE O ES DESCENDIENTE DE ALGÚN PUEBLO ORIGINARIO (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Aimara
<input type="checkbox"/>	Rapa-Nui o Pascuenses
<input type="checkbox"/>	Quechua
<input type="checkbox"/>	Mapuche
<input type="checkbox"/>	Atacameño (LiKan-Antai)
<input type="checkbox"/>	Collas
<input type="checkbox"/>	Kawashkar o Alacalufes
<input type="checkbox"/>	Yámana o Yagan
<input type="checkbox"/>	Diaguita
<input type="checkbox"/>	No pertenece a ningún pueblo indígena u originario
<input type="checkbox"/>	Afrodescendientes

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EJECUTOR

37. RUT DE QUIEN REGISTRA	38. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REGISTRA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

39. CORREO ELECTRÓNICO	40. TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA ENCUESTADOR/A

FIRMA USUARIO/A



1. CÓDIGO DEL PROYECTO

2. FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
DÍA	MES	AÑO

**INSTRUMENTO DE REGISTRO LÍNEA DE BASE
PROGRAMA ACCIÓN LOCAL 2020
(Responde cada integrante)**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA INTEGRANTE DE FAMILIA

3. RUT	4. NOMBRE	5. APELLIDO PATERNO	6. APELLIDO MATERNO

7. FECHA DE NACIMIENTO	8. SEXO
DÍA MES AÑO	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

9. DIRECCIÓN	10. COMUNA

11. TELÉFONO FIJO	12. TELÉFONO CELULAR

13. CORREO ELECTRÓNICO

B. CARACTERIZACIÓN DEL O LA INTEGRANTE DE FAMILIA

14. ¿CUÁL ES SU VÍNCULO DE PARENTESCO CON LA PERSONA REPRESENTANTE DE FAMILIA? (marque con una x)
<input type="checkbox"/> El mismo representante
<input type="checkbox"/> Hijo/a
<input type="checkbox"/> Padre o madre
<input type="checkbox"/> Nieta/o
<input type="checkbox"/> Pareja o conyugue
<input type="checkbox"/> Otro pariente
<input type="checkbox"/> No es pariente

B.1. Educación

15. ¿ASISTE ACTUALMENTE A UN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL O SE ENCUENTRA PARTICIPANDO EN ALGÚN PROGRAMA DE NIVELACIÓN DE ESTUDIOS? (marque con una x)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

16. ¿CUÁL ES SU NIVEL EDUCACIONAL MÁS ALTO ALCANZADO O EL NIVEL EDUCACIONAL ACTUAL? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Nunca asistió
<input type="checkbox"/>	Preescolar
<input type="checkbox"/>	Educación especial (diferencial)
<input type="checkbox"/>	Educación básica
<input type="checkbox"/>	Educación Media - Científico-Humanista
<input type="checkbox"/>	Educación Media - Técnica Profesional
<input type="checkbox"/>	Técnico Nivel Superior Incompleto (Carreras 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Técnico Nivel Superior Completo (Carreras 1 a 3 años)
<input type="checkbox"/>	Profesional Incompleto (Carreras 4 o más años)
<input type="checkbox"/>	Profesional Completo (Carreras 4 o más años)

17. EN ESE NIVEL EDUCACIONAL, ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO CURSO QUE APROBÓ (PARA LOS QUE NO ESTÁN ESTUDIANDO) O QUE CURSA ACTUALMENTE (PARA LOS QUE ESTÁN ESTUDIANDO)? (indicar número)

--

B.2. Ahorro

18. INDIQUE SI POSEE CAPACIDAD DE AHORRO MENSUAL (marque con una x)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

B.3. Trabajo

19. INDIQUE SI TRABAJA O REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESOS. INDIQUE SI HA APORTADO CON INGRESOS LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS (marque con una x)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

20. SI LA RESPUESTA N°19 ES NO, INDIQUE SI LA PERSONA SE ENCUENTRA BUSCANDO TRABAJO O ESTIMA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESOS (marque con una x)

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------

21. SI LA RESPUESTA N°19 ES SI, INDIQUE CUAL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Asalariado sector privado (empleado, obrero, jornalero)
<input type="checkbox"/>	Asalariado sector público
<input type="checkbox"/>	Servicio doméstico puertas adentro
<input type="checkbox"/>	Servicio doméstico puertas afuera
<input type="checkbox"/>	Familiar o personal no remunerado
<input type="checkbox"/>	Patrón o empleador
<input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	Sin ocupación

22. INDICAR CANTIDAD DE MESES DE DESEMPLEO ANTES DE COMENZAR LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA (responden personas mayores de 18 años)

<input type="checkbox"/>	De 0 a 2 meses
<input type="checkbox"/>	De 3 a 6 meses
<input type="checkbox"/>	De 7 a 9 meses
<input type="checkbox"/>	De 10 a 12 meses
<input type="checkbox"/>	Más de 1 años
<input type="checkbox"/>	No aplica

B.4. Situación de discapacidad y dependencia

23. ¿TIENE DIFICULTAD PARA VER INCLUSO SI LLEVA LENTES? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

25. ¿TIENE DIFICULTAD PARA CAMINAR O PARA SUBIR ESCALERAS? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

27. ¿TIENE DIFICULTAD EN SU CUIDADO PERSONAL COMO PARA ASEARSE O VESTIRSE? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

29. ¿ESTÁ INSCRITO/A EN EL REGISTRO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (RND)? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

24. ¿TIENE DIFICULTAD PARA OÍR INCLUSO SI UTILIZA AUDÍFONO? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

26. ¿TIENE DIFICULTAD PARA RECORDAR O PARA CONCENTRARSE? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

28. ¿TIENE DIFICULTAD PARA COMUNICARSE, POR EJEMPLO, DIFICULTAD PARA COMPRENDER O SER COMPRENDIDO POR OTROS? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No, sin dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, algo de dificultad
<input type="checkbox"/>	Si, mucha dificultad
<input type="checkbox"/>	No puede hacerlo

30. ¿TIENE USTED A SU CARGO PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA MODERADA O SEVERA? (DEPENDENCIA POR MOTIVOS DE SALUD) (marque el rango de edad de la persona que cuida (de manera no remunerada))

<input type="checkbox"/>	No tiene/no aplica
<input type="checkbox"/>	Menor de 18 años
<input type="checkbox"/>	Entre 18 y 60 años
<input type="checkbox"/>	Mayor de 60 años

B.5. Nacionalidad

31. INDICAR NACIONALIDAD DE LA PERSONA INTEGRANTE DE LA FAMILIA (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Chilena
<input type="checkbox"/>	Peruana
<input type="checkbox"/>	Boliviana
<input type="checkbox"/>	Colombiana
<input type="checkbox"/>	Argentina
<input type="checkbox"/>	Haitiana
<input type="checkbox"/>	Cubana
<input type="checkbox"/>	Dominicana
<input type="checkbox"/>	Venezolana
<input type="checkbox"/>	Otra

B.6. Otros antecedentes

32. INDICAR CANTIDAD DE AÑOS QUE VIVE EN EL SECTOR Y/O COMUNIDAD (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	De 0 a 10 años
<input type="checkbox"/>	De 11 a 20 años
<input type="checkbox"/>	De 21 a 30 años
<input type="checkbox"/>	De 31 a 40 años
<input type="checkbox"/>	De 41 a 51 años
<input type="checkbox"/>	51 años y más

33. INDICAR SI LA PERSONA INTEGRANTE DE LA FAMILIA SE ENCUENTRA PRIVADA DE LIBERTAD (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Con reclusión parcial
<input type="checkbox"/>	Con reclusión total
<input type="checkbox"/>	Sin reclusión

34. SI LA RESPUESTA N°29 ES SÍ, INDICAR SI LA PERSONA RECLUIDA HA PARTICIPADO EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No aplica

35. SI LA RESPUESTA N°29 ES SÍ, INDICAR SI LA PERSONA RECLUIDA HA PARTICIPADO EN PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	No aplica

B.7. Vinculación con la red de apoyo

36. INDICAR SI LAS PERSONA SE VINCULA CON ALGUNA RED DE APOYO, FAMILIAR, INSTITUCIONAL, ETC. (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Generalmente
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	No responde

37. INDIQUE LA VINCULACIÓN QUE POSEE CON LAS SIGUIENTES REDES DE APOYO. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Nada Vinculado y 5 es Muy Vinculado.

		1	2	3	4	5	No existe
A	Familia						
B	Comunidad vecinal						
C	Organizaciones de la sociedad civil (JJVV, otras organizaciones)						
D	Instituciones públicas (municipio, gobernación, otras)						
E	Empresas locales						
F	Organizaciones religiosas						

B.8. Percepción nivel de confianza

38. INDICAR QUE TAN CONFIABLE LE PARECEN LOS SIGUIENTES GRUPOS E INSTITUCIONES. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Nada Confiable y 5 es Muy Confiable.

		1	2	3	4	5
A	Familiares					
B	Vecinos y vecinas del sector					
C	Dirigentes/as de JJVV del sector					
D	Dirigentes/as de otras organizaciones del sector					
E	Autoridad política municipal (alcalde/sa, concejales/as)					
F	Funcionarios/as del Municipio					
G	Funcionarios/as de centros de salud del sector					
H	Profesionales de programas gubernamentales (Sence, Sercotec, etc.)					
I	Funcionarios/as de policía del sector					
J	Funcionarios del Gobierno Regional (Gobernación) en el territorio					
K	Empresarios locales					
L	Representantes de iglesia, templo u organizaciones religiosas del sector					

B.9. Bienestar personal

39. INDICAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL RESPECTO DE SU CALIDAD DE VIDA. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Poco Satisfecho y 5 es Muy Satisfecho.		1	2	3	4	5
A	¿Cuán satisfecho está con su nivel de autonomía?					
B	¿Cuán satisfecho está con lo que está logrando en su vida?					
C	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
D	¿Cuán satisfecho está con sentirse parte de la comunidad?					

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EJECUTOR

40. RUT DE QUIEN REGISTRA										41. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REGISTRA									
									-										
42. CORREO ELECTRÓNICO															43. TELÉFONO				

FIRMA ENCUESTADOR/A

FIRMA USUARIO/A

1. CÓDIGO DEL PROYECTO

2. FECHA DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO		
DÍA	MES	AÑO

**INSTRUMENTO DE REGISTRO LÍNEA DE SALIDA
PROGRAMA VIOLENCIA RURAL 2020
(Responde Representante de Familia)**

A. INGRESOS EN EL HOGAR

3. INDIQUE LOS INGRESOS TOTALES AUTÓNOMOS DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO MES (no considerar bonos, subsidios, ayudas de familiares, pensiones)

4. INDIQUE EL MONTO MENSUAL DE SUBSIDIOS/BONOS DEL ESTADO QUE RECIBE SU FAMILIA (si no recibe subsidios coloque cero (0))

5. INDIQUE EL MONTO MENSUAL POR INGRESOS ADICIONALES QUE RECIBE SU FAMILIA (considere arriendos pensión de alimentos, donaciones, etc.)

B. PLAN FAMILIAR INTEGRAL

6. INDICAR LAS PRINCIPALES METAS FAMILIARES DEFINIDAS EN EL PLAN INTEGRAL FAMILIAR (marque con una x)
<input type="checkbox"/> Actividades familiares
<input type="checkbox"/> Tiempos familiares
<input type="checkbox"/> Espacios familiares
<input type="checkbox"/> Educación/estudios
<input type="checkbox"/> Comunicación familiar
<input type="checkbox"/> Normas y límites familiares
<input type="checkbox"/> Recreación
<input type="checkbox"/> Ahorro y presupuesto familiar
<input type="checkbox"/> Habitabilidad
<input type="checkbox"/> Salud
<input type="checkbox"/> Salud mental y/o psicológica
<input type="checkbox"/> Trabajo/ingresos
<input type="checkbox"/> Redes
<input type="checkbox"/> Adquisiciones de bienes materiales (equipamiento)
<input type="checkbox"/> Otras

7. INDICAR EL NIVEL DE LOGRO DEL CUMPLIMIENTO A CORTO PLAZO DEL PLAN FAMILIAR INTEGRAL (marque con una x)
<input type="checkbox"/> Se cumplió con más del 50% de las actividades comprometidas en el plan familiar
<input type="checkbox"/> Se cumplió con el 50% de las actividades comprometidas en el plan familiar integral
<input type="checkbox"/> No se logró cumplir con el plan (menos del 15% de las actividades)

C. INICIATIVA FAMILIAR

8. INDICAR LA PRINCIPAL INICIATIVA DEFINIDA EN EL PLAN DE FINANCIAMIENTO (marque con una x)			
SALUD - artículos	VIVIENDA – adecuación de espacios para discapacitados(as)	MAQUINARIAS – preparación/conservación de alimentos	
SALUD - exámenes	VIVIENDA – intervención en el entorno	MAQUINARIAS – para la producción y comercialización	
SALUD – insumos	VIVIENDA – implementación cocina	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – materiales para la confección	
SALUD - medicamentos	TRANSPORTE – transporte de personal	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – materiales de construcción	
SALUD - servicios médicos, dentales, y/o servicios especializados	TRANSPORTE - vehículos para flete	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – herramientas	
EDUCACIÓN – textos escolares	TRANSPORTE - transporte de pasajeros(as)	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – mercadería para la venta	
EDUCACIÓN – útiles escolares	TRANSPORTE - reparto de bienes	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – semillas	
EDUCACIÓN – capacitación	ENTRETENCIÓN – instrumentos musicales/artículos musicales	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – plantas y árboles	
PERSONAL – artículos de higiene	ENTRETENCIÓN – juguetes	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – animales en general	
PERSONAL – vestuario	ENTRETENCIÓN – artículos deportivos	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – impresión, edición o producción de material gráfico y otros	
PERSONAL – uniforme escolar/uniforme de trabajo	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – computadores	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – materiales para la producción de eventos, ferias o muestras	
PERSONAL – ropa deportiva	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – impresoras/fotocopiadoras	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS – productos veterinarios	
PERSONAL – trámites y certificados	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – video y fotografía	MATERIALES, INSUMOS Y OTROS - insumos varios y/o mercadería para fines no productivos	
APOYO PROFESIONAL – asesoría técnica	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – amplificación	TERRENO BBSS MUEBLES Y OTROS – viviendas	
VIVIENDA – ampliaciones/construcciones	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – radiotelefonía	Ninguno	
VIVIENDA – reparaciones/mejoramientos	TECNOLOGÍA Y COMPUTACIÓN – audio y TV		
VIVIENDA – mobiliario	MAQUINARIAS – agrícola		
VIVIENDA – implementación dormitorio	MAQUINARIAS – confecciones textiles		
VIVIENDA – implementación lugar de estudio/escriptorio	MAQUINARIAS – construcción		

9. REGISTRAR ÉL O LOS BIENES Y/O SERVICIOS FINANCIADOS DE LA INICIATIVA FAMILIAR QUE SIGNIFIQUEN MAYOR CANTIDAD DE RECURSOS (describir)

1	
2	

10. INDICAR MONTO DE LA INICIATIVA FINANCIADA (indique monto de \$0 a \$2.350.000)

--

D. PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

11. INDICAR LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROGRAMA Y SU INVOLUCRAMIENTO EN LAS DISTINTAS ACTIVIDADES (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	No participa
<input type="checkbox"/>	Participa esporádicamente
<input type="checkbox"/>	Participa permanentemente

E. BRECHA DIGITAL

12. ¿USÓ INTERNET DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (marque con una x)

<input type="checkbox"/>	Sí (pase a la pregunta 37)
<input type="checkbox"/>	No (pase a la pregunta 38)

13. ¿USÓ INTERNET DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA...? (responda SI o NO para cada caso)

	Sí	No
a. Obtener información utilizando buscadores como Google y otros		
b. Informarse por prensa digital o redes sociales		
c. Comunicación por email o correo electrónico		
d. Comunicación por redes sociales como Facebook, Twitter y otros		
e. Entretenimiento (video juegos, películas, música, radio o televisión por la web)		
f. Compra y venta de artículos y/o servicios por internet		
g. Mejorar la comercialización de un producto o servicio		
h. Buscar trabajo		

14. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO HACE USO DE HERRAMIENTAS DIGITALES A TRAVÉS DE INTERNET?

<input type="checkbox"/>	Por falta de conocimiento
<input type="checkbox"/>	Porque no lo considera necesario
<input type="checkbox"/>	No le interesa
<input type="checkbox"/>	Alto costo del servicio de internet
<input type="checkbox"/>	No tiene acceso a internet
<input type="checkbox"/>	Otra
<input type="checkbox"/>	No aplica

15. ¿HACE USO DE HERRAMIENTAS DIGITALES A TRAVÉS DE INTERNET PARA MEJORAR LA COMERCIALIZACIÓN DE UN PRODUCTO O SERVICIO? (Respuesta múltiple. Marque todas las alternativas con un SI o un NO)

<input type="checkbox"/>	Facebook
<input type="checkbox"/>	Instagram
<input type="checkbox"/>	WhatsApp
<input type="checkbox"/>	Página web propia
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico
<input type="checkbox"/>	Otra

16. INDIQUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA CUAL NO HACE USO DE HERRAMIENTAS DIGITALES DE INTERNET PARA MEJORAR LA COMERCIALIZACIÓN DE UN PRODUCTO O SERVICIO (Respuesta única. Marque sólo una alternativa. La razón principal o más representativa)

<input type="checkbox"/>	Por falta de conocimiento
<input type="checkbox"/>	Porque no lo considera necesario
<input type="checkbox"/>	No le interesa
<input type="checkbox"/>	Alto costo del servicio de internet
<input type="checkbox"/>	No tiene acceso a internet
<input type="checkbox"/>	Otra
<input type="checkbox"/>	No aplica

F. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EJECUTOR

17. RUT DE QUIEN REGISTRA	18. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REGISTRA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. CORREO ELECTRÓNICO	20. TELÉFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA ENCUESTADOR/A

FIRMA USUARIO/A

1. CÓDIGO DEL PROYECTO

2. FECHA DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO		
DÍA	MES	AÑO

**INSTRUMENTO DE REGISTRO LÍNEA DE SALIDA
PROGRAMA VIOLENCIA RURAL 2020
(Responden Integrantes de Familia)**

A. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES – VINCULACIÓN CON REDES DE APOYO

3. INDICAR SI LAS PERSONA SE VINCULA CON ALGUNA RED DE APOYO, FAMILIAR, INSTITUCIONAL, ETC. (marque con una x)	
<input type="checkbox"/>	Siempre
<input type="checkbox"/>	Generalmente
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Nuca
<input type="checkbox"/>	No observado

4. CALIFIQUE LA VINCULACIÓN QUE POSEE CON LAS SIGUIENTES REDES DE APOYO. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Muy Mala y 5 es Muy Buena.		1	2	3	4	5	No existe
a	Familia						
b	Comunidad vecinal						
c	Organizaciones de la sociedad civil (JVV, otras organizaciones)						
d	Instituciones públicas (municipio, gobernación, otras)						
E	Empresas locales						
f	Organizaciones religiosas						

5. INDICAR QUE TAN CONFIABLE LE PARECEN LOS SIGUIENTES GRUPOS E INSTITUCIONES. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Nada Confiable y 5 es Muy Confiable.		1	2	3	4	5
a	Familiares					
b	Vecinos y vecinas del sector					
c	Dirigentes/as de JVV del sector					
d	Dirigentes/as de otras organizaciones del sector					
e	Autoridad política municipal (alcalde/sa, concejales/as)					
f	Funcionarios/as del Municipio					
g	Funcionarios/as de centros de salud del sector					
h	Profesionales de programas gubernamentales (Sence, Sercotec, etc.)					
i	Funcionarios/as de policía del sector					
J	Funcionarios del Gobierno Regional (Gobernación) en el territorio					
K	Empresarios locales					
L	Representantes de iglesia, templo u organizaciones religiosas del sector					

B. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTEGRANTES – BIENESTAR PERSONAL

6. INDICAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN PERSONAL RESPECTO DE SU CALIDAD DE VIDA. Considere una escala de 1 a 5, donde 1 es Poco Satisfecho y 5 es Muy Satisfecho.		1	2	3	4	5
a	¿Cuán satisfecho está con su nivel de autonomía?					
b	¿Cuán satisfecho está con lo que está logrando en su vida?					
c	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
d	¿Cuán satisfecho está con sentirse parte de la comunidad?					

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EJECUTOR

7. RUT DE QUIEN REGISTRA	8. NOMBRE COMPLETO DE QUIEN REGISTRA

9. CORREO ELECTRÓNICO	10. TELÉFONO

FIRMA ENCUESTADOR/A

FIRMA USUARIO/A