ANEXO
NRO. 1

Ministerio de Inclusión Económica y Social

Y/O ADOLESCENTES EN TRABAJO INFANITL

1. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN COOPERANTE.

NOMBRE ORGANIZACIÓN COOPERANTE:		Centro de Asistencia Social Integral para grupos de atención Prioritaria.	
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:		Erradicación del trabajo infantil	
ZONA:	2	**DISTRITO:**	22D01
PROVINCIA:	Orellana	**CANTÓN:**	Joya de los Sachas
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD COOPERANTE:		Calle BS/N Dolores Monje/ Antiguo Patronato	
NRO. DE TELÉFONO: 0623700700 ext. 360		**EMAIL: casigap2020@.com**	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES

NOMBRES Y APELLIDOS					
SEXO	**HOMBRERE**		**MUJER**		
NACIONALIDAD					
NRO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA, PASAPORTE U OTRO)					
FECHA DE NACIMIENTO					
LUGAR DE NACIMIENTO (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUIA)					

ANEXO
NRO. 1

Ministerio de Inclusión Económica y Social

	MESTIZO		AFROECUATORIANO		INDÍGENA		
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		X					
		X					
		X					
		X					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		x					
		X					
		X					
		X					
		X					
		X					
		X					
		X					
		X					
		X					
		x					
		x					
		x					
		x					

ANEXO
NRO. 1

EL NUEVO ECUADOR
Ministerio de Inclusión Económica y Social

		x x x					
	BLANCO		MULATO		MONTUBIO		
	OTRO (ESPECIFIQUE):						
LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUIA)	Orellana, Joya de los Sachas, Pompeya						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (CALLE PRINCIPAL, NRO. Y CALLE SECUNDARIA)	Comuna San Antonio						
PERSONA CON DISCAPACIDAD	SI		NO				
TIPO DE DISCAPACIDAD[1]	AUDITIVA		LENGUAJE		FISICA		
	PSICOSOCIAL		INTELECTUAL		VISUAL		
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD							
NÚMERO DE CARNET DE DISCAPACIDAD							
RAMA DE ACTIVIDAD DE TRABAJO INFANTIL QUE REALIZA	PESCA		AGRICULTURA		MINAS		
	RECICLAJE		MERCADOS		MENDICIDAD		
	COMERCIO INFORMAL		OTROS (ESPECIFIQUE):				
QUÉ HERRAMIENTAS UTILIZA PARA REALIZAR SU TRABAJO.	CORTO-PUNZANTES		FERTILIZANTES-FUNGICIDAS		MANIPULACIÓN DE ARMAS		
	ATARRAYA		SUBSTANCIAS QUIMICAS		MOLADORAS - TALADROS		
	ANZUELOS						
	COMBUSTIBLE		OTRO (ESPECIFIQUE): Quehaceres Domésticos		NINGUNO		
NRO. DE DÍAS QUE TRABAJA							

1 **Fuente:** Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante/ DSM 5/ La Nueva Definición de Discapacidad Intelectual, Apoyos Individuales Y Resultados Personales

EL NUEVO ECUADOR
Ministerio de Inclusión Económica y Social

	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES				
	VIERNES		SÁBADO		DOMINGO		FERIADOS				
JORNADA DE TRABAJO	POR LA MAÑANA		POR LA TARDE		POR LA MAÑANA Y TARDE						
	POR LA NOCHE		OTROS (ESPECIFIQUE): FINES DE SEMANA								
CUÁNTO GANA A LA SEMANA	0 USD		1-5 USD		5-10 USD		10-15 USD				
	MAS DE 15 USD										
A QUIÉN ENTREGA EL DINERO	TODO PARA SUS GASTOS		A LA FAMILIA		UNA PARTE PARA LA FAMILIA						
	ENTREGA A TERCEROS		NO RECIBE DINERO								
HA SUFRIDO LESIONES O ENFERMEDADES MIENTRAS TRABAJA	SI				NO						
EN EL CASO DE LESIONES O ENFERMEDADES SEÑALE CUÁL	FRACTURA		INFECCIÓN VISTA		PROBLEMAS DE PIEL		INFECCIÓN RESPIRAOIRIA				
	DIARREAS Y VÓMITOS		INFECCIÓN OÍDO		DOLOR DEL CUERPO		HERIDAS Y GOLPES				
	OTROS (ESPECIFIQUE):										
QUIÉN ATENDIO LA LESIÓN O ENFERMEDAD SUFRIDA	CENTRO DE SALUD		HOSPITAL		FAMILIA		CURANDERO				
	CLÍNICA PRIVADA		FARMACEÚTICO		NINGUNO		OTRO (ESPECIFIQUE:				
CON QUIÉN REALIZA TRABAJO INFANTIL	SOLO		ACOMPAÑADO		FAMILIAR						
					NO FAMILIAR						

3. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRES Y APELLIDOS											
PARENTESCO	PADRE		MADRE		ABUELO/A		TÍO/A				
	VECINO/A		OTROS (ESPECIFIQUE):								
SEXO	HOMBRE		MUJER								
NACIONALIDAD											
NRO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA, PASAPORTE U OTRO)											
OCUPACIÓN											
LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUI											

Ministerio de Inclusión Económica y Social

NRO. Y CALLE SECUNDARIA)	
NRO. DE TELEFONO DE CONTACTO	

4. RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA FICHA

NOMBRES Y APELLIDOS			
NRO. DE CÉDULA		CARGO:	
FIRMA		FECHA DE APLICACIÓN	