



## Y/O ADOLESCENTES EN TRABAJO INFANTIL

## 1. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN COOPERANTE.

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

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

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





	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 <sup>1</sup>	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 QUÍMICAS		MOLADORES - TALADROS	
	ANZUELOS					
	COMBUSTIBLE		OTRO (ESPECIFIQUE): Quehaceres Domésticos		NINGUNO	
NRO. DE DÍAS QUE TRABAJA						

<sup>1</sup> 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



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

### 3. DATOS DEL REPRESENTANTE

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

	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	