

Lugar en donde prestará servicio

Departamento	Municipio	Institución
Proyecto		

Fecha de inscripción

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Ministerio de Gobernación
Tercer Viceministro de Prevención de la Violencia y el Delito
SECRETARÍA EJECUTIVA DEL SERVICIO CÍVICO

Formulario de datos personales del solicitante para la prestación del Servicio Cívico



INSTRUCCIONES: Escribe en los espacios correspondientes la información requerida Ejemplo
En donde hay varias alternativas, deberá seleccionar una opción y marcar con una "X" X

La información proporcionada es estrictamente confidencial

Capítulo I: Información General del Servidor Cívico

Primer Nombre	Segundo Nombre	Tercer Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de casada
Edad (años cumplidos):	DPI:	
Domicilio:	Municipio	Código
	Departamento:	Código
No. de teléfono:	Correo Electrónico:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:	
	DÍA	MES
	AÑO	
Estado Civil o Conyugal		
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado a) <input type="checkbox"/>	Unido (a) <input type="checkbox"/>
		Viudo (a) <input type="checkbox"/>
		Divorciado (a) <input type="checkbox"/>
En caso de emergencia llamar a :	Nombre completo:	Teléfono:

Capítulo II: Pertenencia Étnica

En Guatemala, se reconocen Idiomas y Comunidades Lingüísticas, indica a la que tú pertenece.	Achi <input type="checkbox"/>	Garífuna <input type="checkbox"/>	Q'eqchi' <input type="checkbox"/>	Ch'orti' <input type="checkbox"/>	Ixil <input type="checkbox"/>	Tektiteko <input type="checkbox"/>
	Chuj <input type="checkbox"/>	Mopan <input type="checkbox"/>	Chalchiteko <input type="checkbox"/>	Poqomchi' <input type="checkbox"/>	K'iche' <input type="checkbox"/>	Sipakapense <input type="checkbox"/>
	Mam <input type="checkbox"/>	Awakateko <input type="checkbox"/>	Poqomam <input type="checkbox"/>	Q'anjob'al <input type="checkbox"/>	Tz'utujil <input type="checkbox"/>	Xinka <input type="checkbox"/>
	Akateko <input type="checkbox"/>	Jakalteko-Popti' <input type="checkbox"/>	Sakapulteko <input type="checkbox"/>	Itza' <input type="checkbox"/>	Uspanteko <input type="checkbox"/>	Kaqchikel <input type="checkbox"/>
	Ladino / No indígena <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? <input type="checkbox"/>			

Además del español, ¿hablas algún otro idioma? Si No ¿Qué idioma? Código:

Capítulo III: Educación

¿Sabes leer y escribir?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudias actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nivel y grado más alto aprobado:			
Primaria <input type="checkbox"/>	Básico <input type="checkbox"/>	Diversificado <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>
Grado	1ro. <input type="checkbox"/>	2o. <input type="checkbox"/>	3o. <input type="checkbox"/> 4o. <input type="checkbox"/> 5o. <input type="checkbox"/> 6o. <input type="checkbox"/> 7o. <input type="checkbox"/>

Capítulo IV: Datos Laborales

¿Trabajas actualmente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Colaboras con los ingresos de la casa ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Total de personas que viven tú hogar	<input type="checkbox"/>
Tú hogar está integrado por:	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Hermanos(as) <input type="checkbox"/>	Esposo (a) <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>
Cantidad de Hermanos (as)	<input type="checkbox"/>	¿La casa en donde vives es?	Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>	Otra forma <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
Actividades que realizas el sábado o domingo:	Deportes <input type="checkbox"/>	Iglesia <input type="checkbox"/>	Voluntariado <input type="checkbox"/>	Grupos juveniles <input type="checkbox"/>	Descanso <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>

Capítulo V: Prestación del Servicio Cívico

El servicio que prestarás es:	Cívico Militar <input type="checkbox"/>	Cívico Social <input type="checkbox"/>	
Tú decisión de prestar Servicio Cívico es:	Voluntaria <input type="checkbox"/>	Designación por Sorteo <input type="checkbox"/>	
Motivo por el cual prestarás Servicio Cívico:	Falta de recursos económicos <input type="checkbox"/>	Aprovechar el tiempo <input type="checkbox"/>	Servir a la sociedad <input type="checkbox"/>
¿Has participado en algún programa de Voluntariado?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuál <input type="text"/>
¿Has participado en alguna Organización en tu comunidad?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuál <input type="text"/>
¿Conoces los proyectos de estado que existen en apoyo a la ciudadanía?	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuál <input type="text"/>
Escribe cinco derechos humanos que conozcas:	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>
	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>	

Capítulo VI: Problemas que enfrentan los jóvenes

1. ¿Alguna vez has sufrido violencia? Si <input type="checkbox"/> pase a preg. 2 No <input type="checkbox"/> pase a preg. 3		2. ¿Qué tipo de violencia has sufrido? Violencia Física <input type="checkbox"/> Violencia Psico-emocional <input type="checkbox"/> Violencia Sexual <input type="checkbox"/> Violencia Económica <input type="checkbox"/> Violencia contra tus derechos reproductivos <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> <small>Especifique</small>	
3. ¿Alguna vez te han discriminado dentro de tú comunidad, barrio o colonia donde vives? Si <input type="checkbox"/> pase a preg. 4 No <input type="checkbox"/> pase a preg. 6		4. ¿Qué tipo de discriminación has sentido? Apariencia física <input type="checkbox"/> Por ser hombre ó mujer <input type="checkbox"/> Por tu orientación sexual <input type="checkbox"/> No tener dinero <input type="checkbox"/> Por tu forma de expresarte <input type="checkbox"/> Por el lugar donde vives <input type="checkbox"/> La forma de vestir <input type="checkbox"/> El color de tu piel <input type="checkbox"/> Por tu identidad étnica <input type="checkbox"/> Tu edad <input type="checkbox"/> Po no haber estudiado <input type="checkbox"/>	
5. ¿En qué lugar has sufrido la discriminación? La Escuela <input type="checkbox"/> En las instituciones <input type="checkbox"/> En el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> públicas <input type="checkbox"/> En el bus <input type="checkbox"/> En lugares públicos <input type="checkbox"/> En las calles <input type="checkbox"/> En la casa <input type="checkbox"/>		6. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan los jóvenes? Falta de trabajo <input type="checkbox"/> Falta de valores <input type="checkbox"/> Delincuencia <input type="checkbox"/> Desintegración familiar <input type="checkbox"/> Drogas y alcohol <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Falta de oportunidades para estudiar <input type="checkbox"/> Pandillas <input type="checkbox"/>	

Capítulo VII: Percepción de inseguridad y victimización

7. En tu opinión, ¿cuáles son los tres problemas más importantes de tu municipio? La salud <input type="checkbox"/> La corrupción <input type="checkbox"/> La falta de vivienda <input type="checkbox"/> Narcotráfico <input type="checkbox"/> El desempleo <input type="checkbox"/> Desintegración familiar <input type="checkbox"/> La pobreza <input type="checkbox"/> No sabe/No responde <input type="checkbox"/> La delincuencia <input type="checkbox"/> El costo de la vida <input type="checkbox"/> Pandillas <input type="checkbox"/>					
8. ¿Cómo comparas el número de hechos delictivos ocurridos en tu municipio en el último año, con relación al año anterior? Ha aumentado <input type="checkbox"/> Ha disminuido <input type="checkbox"/> Sigue igual <input type="checkbox"/>		9. En general y respecto al año pasado ¿Cómo te sientes? Más Seguro(a) <input type="checkbox"/> Menos seguro(a) <input type="checkbox"/> Igual <input type="checkbox"/>		10. Actualmente, ¿cómo te sientes en tu casa por las noches? Muy Seguro(a) <input type="checkbox"/> Seguro(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Muy inseguro(a) <input type="checkbox"/>	
11. Al transitar por tu comunidad en horas de la noche, ¿Cómo te sientes? Muy Seguro(a) <input type="checkbox"/> Seguro(a) <input type="checkbox"/> Inseguro(a) <input type="checkbox"/> Muy inseguro(a) <input type="checkbox"/>		12. ¿Has considerado mudarte de tu comunidad por causa de la inseguridad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		13. Durante los últimos 6 meses ¿has sido víctima de algún delito? Si <input type="checkbox"/> Pasa a pregunta 14 No <input type="checkbox"/> Pasa a pregunta 20	
14. ¿De que tipo de delito fue víctima? Robo <input type="checkbox"/> Robo de vehículo <input type="checkbox"/> Robo a partes del vehículo <input type="checkbox"/> Robo a vivienda <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Secuestro <input type="checkbox"/> Extorsión <input type="checkbox"/> Delitos sexuales <input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Bullyng <input type="checkbox"/>	15. ¿En qué mes ocurrió el delito? (1 a 12) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	16. ¿Existió violencia al perpetrarse el delito? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	17. ¿Cuántas personas participaron en el delito? 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	18. Los agresores eran: 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujeres <input type="checkbox"/> 3. Hombres y mujeres <input type="checkbox"/>	19. ¿Has denunciado ante las autoridades el hecho delictivo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Capítulo VIII: Programas Sociales

20. ¿Tú o alguien de tu familia recibe beneficio de algún programa social? Si <input type="checkbox"/> continúe No <input type="checkbox"/> Finalizar	21. De cuál programa? Bolsa <input type="checkbox"/> Fondo Guatemalteco de la Vivienda (FOGUAVI) <input type="checkbox"/> Jóvenes Protagonistas <input type="checkbox"/> Mi Bono <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Beca Escolar <input type="checkbox"/> Fondo de Tierras <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>
---	--

|