Anexo 1

Ejemplo de Cronograma de Actividades (Sin fechas específicas)

Siembra

Junio – Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Consolidación	Definir los Nuevos territorio a Organizar	Inicio de la 4 semanas intensivas de preparación del terreno	Se organizan las comisiones para la semana de siembra y primicias.	Se continúan con los cursos se debe avanzar por lo menos 7 lecciones.	Se organizan las comisiones para la campaña de los Grupos Pequeños
Capacitación	Semana del Compromiso	Evaluación cada semana del avance del proyecto.	Se continúan con algunas actividades de acercamiento.	Celebrar cantatas y cenas navideñas	Se mantienen los Cursos Bíblicos. Deben terminar ese mes.
Ministerios	Lanzamiento del programa de Siembra	Inician los registros de los interesados	Se celebra la semana de siembra en la comunidad.	Actividad: Un juguete para un niño.	Se realiza otra graduación
Organizar Grupos Pequeños	Organizando los Ministerios, Listado de Instructores Laicos, Bíblicos, evangelistas, Hermanos Mayores y otros.	Parejas misioneras en acción. Se inician los Primeros estudios bíblicos.	Alcanzamos la meta de personas estudiando, se inicia la fase intensiva de dar estudios Bíblicos	Celebrar la primera graduación de los cursos Bíblicos de 12 Lecciones	Se realiza un Día de Amigos en el templo
Establecer las Metas	Descubriendo las necesidades del nuevo territorio	Se realizan encuestan para el enlace de las actividades	Se realizan por los menos las 7 primeras lecciones de los cursos Bíblicos.	Celebrar un día especial con todos los que terminaron el curso bíblico “Año nuevo, vida nueva”	Se celebran los primeros bautismos del año.
	Planificación de las semanas intensivas de preparación del terreno	Se definen los interesados y se les asignan a las parejas misioneras.	Se celebran algunas actividades de acercamiento con los interesados, día de los amigos, conciertos, almuerzos, etc.	Iniciar el cultivo, con todos los que ya están avanzados en los cursos.	Se confirma el lugar para la campaña del Grupo Pequeño.
	Recibiendo y distribuyendo el material para la siembra.	Alcanzamos los objetivos de interesados, y personas en lista de intercesión.	Reuniones semanales con cada pareja misionera, llevar el registro de cada interesado.	La meta de personas estudiando esta alcanzada	Se invitan a los interesados a la campaña.
	Se realizan las encuestas y estudios demográficos, las parejas misioneras trabajan en la recaudación de información.	Se celebra el Día de Imagen de la iglesia.			Se evalúa continuamente el trabajo de las parejas misioneras
		Se puede tener el primer día de amigos en el templo. Celebrar la graduación de Comida saludable.			Termina la siembra e inicia la cosecha.

Anexo 2

Encuesta Acerca de la Lectura de la Biblia.

(*Por favor conteste con una X ¡Gracias!*)

1. ¿Tiene usted una Biblia o porción de ella? Sí____ No____

2. ¿Lee usted la Biblia?Mucho ____ Poco ____

3. ¿Cuán a menudo lee usted su Biblia? Diariamente____ Una vez por Mes ____ De vez en cuando____

4. Cuando lee su Biblia, ¿Entiende lo que lee? Sí____ No____

5. ¿Desearía entenderla mejor a través de una guía de estudio traídas por alguien a casa? Sí ____ No____

6. ¿Le gustaría poseer una Biblia nueva, totalmente gratis? Sí____ No____

Nombre: _____

Edad: _____ Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Email._____ Nombre del encuestador: _____

Día que puede recibir el Estudio: (Haga un círculo en el día solicitado)

Domingo – Lunes – Martes – Miércoles – Jueves – Viernes – Sábado

Fecha de Inicio del Estudio: _____ Hora de Estudio: _____

Anexo 3

Encuesta Acerca de la Lectura de la Biblia.

"Viviendo en la Esperanza"

		Personas encuestadas				
		1°	2°	3°	4°	5°
1.	**¿Tiene Usted una Biblia en Casa?**					
	Si.					
	No.					
	Me Gustaría tener una.					
2.	**¿Con qué frecuencia lee Usted la Biblia?**					
	Diariamente					
	Semanalmente					
	Rara vez					
	En ocasiones especiales					
	Nunca					
3.	**¿Considera Usted qué la Biblia es útil como medio eficaz para el bienestar de:**					
	Su Salud					
	La Moral					
	La Juventud					
	La Familia					
4.	**¿Considera usted útil un programa para estudiar la Biblia en casa con el fin de:**					
	Orientar la familia					
	Formar a la Juventud					
	Dar seguridad y paz					
	Lograr el bienestar humano					
5.	**Al leer la Biblia, ¿Cuánto entiende usted de lo leído?**					
	Todo lo que leo					
	Poco					
	Nada					
	Me gustaría entenderla mejor					
6.	**Si desea inscribirse Gratuitamente en el Programa "Viviendo en la Esperanza" ¿Cuál de nuestros cursos le gustaría recibir? (Mostrar y explicar el contenido de cada curso)**					
	• La fe de Jesús					
	• Tu vida puede Cambiar					
	• Jóvenes con Propósito					
	• Mujeres Transformadas					
	• Yo Creo					
	• Felicidad en el Hogar					

DATOS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Persona Encuestada N° 1

Nombre:		
Dirección		
Sector/ Urb./ Barrio:		
Teléfono:	Teléfono:	Email:

Persona Encuestada N° 2

Nombre:		
Dirección		
Sector/ Urb./ Barrio:		
Teléfono:	Teléfono:	Email:

Persona Encuestada N° 3

Nombre:		
Dirección		
Sector/ Urb./ Barrio:		
Teléfono:	Teléfono:	Email:

Persona Encuestada N° 4

Nombre:		
Dirección		
Sector/ Urb./ Barrio:		
Teléfono:	Teléfono:	Email:

Persona Encuestada N° 5

Nombre:		
Dirección		
Sector/ Urb./ Barrio:		
Teléfono:	Teléfono:	Email:

_____ _____

Nombre del Encuestador. Firma

Nota: Las personas que no desean el curso Bíblico, ofrecer literatura y revista prioridades.

(Encuesta preparada por Pr. Martin Meza)

Anexo 4
Encuesta sobre Religiosidad

1. ¿Cree Usted que Dios existe? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
2. ¿Cree Usted que hay vida después de la Muerte? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
3. ¿Cree Usted que Cristo regresará al mundo? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
4. ¿Quién es Jesús para Usted?

¿Hijo de Dios? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
¿Salvador del Hombre? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
¿Creador? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
¿Profeta? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
¿Apenas un hombre? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )

5. ¿Tiene Usted una Biblia? Si ( ) No ( )
6. ¿A qué iglesia pertenecen sus padres? _____
7. ¿Pertenece usted a la misma iglesia? Si ( ) No ( )

Otra: _____

8. ¿Cuán a menudo Usted asiste a su iglesia? Siempre ( ) A veces ( ) Nunca ( )
9. ¿Si tuviera oportunidad le gustaría estudiar la Biblia? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
10. ¿Le gustaría conocer los resultados de esta encuesta? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Anexo 5
Encuesta sobre la Salud y la Alimentación

1. **¿Alguna vez su médico le dijo que sus problemas de salud son producido o influenciados por su alimentación? Sí ( ) No ( )**
2. **En caso positivo, ¿Cuál es su enfermedad? _____**
3. **¿Alguna vez siguió un régimen para bajar de peso? Sí ( ) No ( )**
4. **En caso positivo, ¿qué régimen siguió?**
   Una dieta a base de proteínas
   ( ) ¿Cuántos kilos bajó?_____
   Una dieta a base de cereales
   ( ) ¿Cuántos kilos bajó?_____
   Una dieta a base de Verduras
   ( ) ¿Cuántos kilos bajó?_____
   Una dieta Macrobiótica
   ( ) ¿Cuántos kilos bajó?_____
   Otra dieta
   ( ) ¿Cuál dieta?_____
   ¿Cuántos kilos bajó?_____
5. **¿De dónde obtiene usted su información acerca del valor nutritivo de los alimentos?**
   Libros especializados ( )
   Su médico ( )
   Medios de Comunicación ( )
   Otros medios ( ) ¿Cuáles?_____
   No le preocupa el tema ( )
6. **¿Cuándo fue la última vez que usted participó de un curso de nutrición?**
   Menos de 6 meses ( )
   Entre 6 meses y 1 año ( )
   Más de 3 años ( )
   Nunca ( )
7. **En caso positivo, ¿En dónde fue dado el curso?**
   La universidad ( )
   Una institución gubernamental ( )
   Una institución no gubernamental (ONG) ( )
8. **En el caso de que se dieran cursos de nutrición gratuitos, ¿Le gustaría recibir una invitación?**
   Sí ( ) No ( )
9. **¿Le gustaría conocer los resultados de esta encuesta?**
   Sí ( ) No ( )

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Anexo 6
Programas Gratuitos de Educación para la Salud

1. Desde su punto de vista, ¿Cuáles de estas áreas de educación para la salud son más importantes? Señale el orden de importancia que usted les atribuye: 1 para la más importante, 2 para la siguiente en importancia, etc.
   ( ) Clases de nutrición y cocina vegetariana.
   ( ) Plan para dejar de fumar en cinco días.
   ( ) Seminario para controlar el peso.
   ( ) Profilaxis del Cáncer.
   ( ) Programa de Rehabilitación de drogadictos.
   ( ) Prevención del AIDS
   ( ) Curso sobre la salud materno infantil.
   ( ) Seminario sobre el control del estrés.

2. ¿En qué otras áreas usted considera que habría que desarrollar programas de educación para la salud?
   _____
   _____

3. ¿A su juicio, cuál sería el momento más adecuado para desarrollar seminarios?
   ( ) En los fines de semana. ¿En qué horario? _____
   ( ) De lunes a viernes. ¿En qué horario? _____
   ( ) Una noche por semana. ¿En qué horario? _____
   ( ) Otra alternativa: _____

4. Si se realizaran algunos de estos programas gratuitos de educación para la salud ¿le interesaría recibir información? Si ( ) No ( )

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Email: _____

Anexo 7

Encuesta para los clientes de los Colportores

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Número de Hijos Menores de 12 años: _____ Números de hijos Mayores de 12 años: _____

1. Desde su punto de vista, ¿cuál es la principal causa de aumento de la delincuencia infanto-juvenil?
2. ¿Usted Cree que deberíamos volvernos a la costumbre de leer diariamente la Biblia? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
3. ¿Cuál de la versión de la Biblia usted prefiere? (Reina Valera 1960, Reina Valera 1990, Biblia de Jerusalén, Nacar-Colunga, Nieto, Otra). _____
4. ¿Los niños deberían ser enseñados a aceptar la Biblia como la Palabra de Dios? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( ).
5. ¿Usted cree que el catecismo, o la escuela dominical, le proveen a los niños suficiente instrucción espiritual? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( ).
6. ¿A qué escuela dominical asisten sus niños? _____
7. ¿Sus hijos le hicieron preguntas de la Biblia difíciles de responder? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
8. ¿Hay alguna pregunta que realmente la/lo dejó perpleja/o? _____
9. ¿Los libros que usted compró le ayudaron a enseñarle a sus hijos algunos valores que ustedes consideran importantes? Si ( ) No ( ) Sin Opinión ( )
10. ¿Cuánto hace que usted tiene esos libros en su casa? _____
11. Títulos de los libros:_____
12. Su opinión sobre los libros:_____
13. ¿Cómo se interesó en esos libros? _____ Recibió una tarjeta de la oficina médica _____ Un amigo o pariente le habló de los libros _____ Lo visitó un representante del servicio de Educación Hogar y Salud.
14. ¿Cuándo usted hizo la compra, le ofrecieron un curso de Estudios de la Biblia gratuito? Si ( ) No ( )*
15. ¿Usted comenzó el curso? Si ( ) No ( ) Si la respuesta es sí: Lo completó Si ( ) No ( )
16. ¿Tiene Usted alguna pregunta con respecto a las lecciones?
17. Algún comentario o información:_____

* Si la respuesta es no, muéstrele un Curso Gratuito de Estudio de la Biblia.
(Esta encuesta fue tomada del libro “Métodos de visitación Puerta a Puerta” por Daniel Belvedere. p.p. 35, 36)

Anexo 8

Descubriendo las necesidades

Nombre: _____ Fecha: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Fecha: _____ Encuestador: _____

1. ¿Cuáles son los principales problemas que presenta esta comunidad?
   Falta de Escuelas _____ Maltrato Infantil_____
   Inseguridad_____ Viviendas_____
   Embarazo Precoz_____ Aguas Servidas_____
   Aseo Urbano_____ Salud_____
   Desempleo_____ Transporte_____
   Electricidad_____ Deserción Escolar_____
   Otros: _____ _____ _____

2. ¿Qué actividad económica prevalece en la comunidad?
   Bodega_____ Licorería_____ Mercal _____
   Abastos_____ Farmacias_____ Carnicería _____
   Panadería_____ Súper Mercados_____ C. Comerciales_____
   Otros: _____ _____ _____

3. ¿Qué tipo de recreaciones se dedican las personas de la comunidad?
   Cultural_____ Deportiva _____ Social _____
   Otras_____

4. ¿Existen estructura para las actividades mencionadas? Si ( ) No ( )

5. ¿Existe un consejo comunal en su sector? Si ( ) No ( )

6. ¿Qué tipo de actividad a favor de su comunidad le gustaría que se realizaran?
   a. Acción comunitaria. ( ) b. Clínica abierta ( ) c. Escuela para Padres ( ) d. Encuentros deportivos ( ) e. Seminarios familia. ( ) f. Tareas dirigidas. ( ) g. Talleres de: Superación. ( ) Auto estima. ( ) Salud. ( ) Comida saludable. ( ) h. Seminarios sobre: Las Drogas ( ) El Sida. ( ) La Sexualidad. ( ) El Noviazgo ( )
   i. Otros._____ _____ _____ _____

7. ¿Usted participaría en una de ellas? Si ( ) no ( ) Cuál (es) _____

Anexo 9
NECESIDADES EN LA COMUNIDAD

INFORMACION GEOGRAFICA

1. Barrio: _____
2. Urbanización:_____
2. Distrito: _____
3. Región: _____
4. Provincia: _____

DATOS PERSONALES BASICOS

5. Edad: _____
6. Estado civil: casado/a ___; soltero/a ___; divorciado/a ___; viudo/a ___; unión libre ___
7. Lugar de nacimiento: _____
8. Años de vivir en el distrito actual: _____
9. El más alto grado de educación cumplida: _____

Abajo favor de indicar su nivel de preocupación por las situaciones presentadas:
ALTA MEDIANA BAJA

LA MUNICIPALIDAD (Servicios públicos)

1. Agua potable ( ) ( ) ( )
2. Electrificación de las calles ( ) ( ) ( )
3. Teléfonos públicos ( ) ( ) ( )
4. Recolección de basura ( ) ( ) ( )
5. Limpieza de las calles y lotes ( ) ( ) ( )
6. Servicio de bus ( ) ( ) ( )
7. Rehabilitación de carreteras ( ) ( ) ( )
8. Seguridad pública ( ) ( ) ( )
9. Atención médica ( ) ( ) ( )
10. Educación pública ( ) ( ) ( )
11. Educación privada ( ) ( ) ( )
12 Reclamos del público ( ) ( ) ( )
13 Otra: ( ) ( ) ( )

LA FAMILIA

a. Casa adecuada ( ) ( ) ( )
b. Conseguir comida ( ) ( ) ( )
c. Sueldo adecuado ( ) ( ) ( )
d. Cuidar a los niños ( ) ( ) ( )
e. Cuidar a los ancianos ( ) ( ) ( )
f. Problemas con los vecinos ( ) ( ) ( )
g. Consejo matrimonial ( ) ( ) ( )
31. Consejo familiar ( ) ( ) ( )
32. Niños/jóvenes rebeldes ( ) ( ) ( )
33. Problemas de salud ( ) ( ) ( )
34. Otra: ( ) ( ) ( )

PROBLEMAS SOCIALES

35. Analfabetismo ( ) ( ) ( )
36. Desnutrición ( ) ( ) ( )
37. Pobreza ( ) ( ) ( )
38. Drogadicción ( ) ( ) ( )
39. Alcoholismo ( ) ( ) ( )
40. Pandilleros ( ) ( ) ( )
41. Prostitución ( ) ( ) ( )
42. Niños de la calle (sin casa) ( ) ( ) ( )
43. Abuso de autoridad (policía) ( ) ( ) ( )
44. Ladrones (robos, asaltos) ( ) ( ) ( )
45. Abuso físico/sexual ( ) ( ) ( )
46. Jóvenes rebeldes contra la autoridad ( ) ( ) ( )
47. Abandono de la familia (padre o madre) ( ) ( ) ( )
48. Madres solteras ( ) ( ) ( )
49. Jóvenes que no asisten al colegio ( ) ( ) ( )
50. Falta de fuentes de trabajo ( ) ( ) ( )
51. Sueldos bajos ( ) ( ) ( )
52. Alza de costo de vida ( ) ( ) ( )
53. Desempleo ( ) ( ) ( )
54. Falto de recreo sano ( ) ( ) ( )
56. Discriminación social ( ) ( ) ( )
57. Otra: ( ) ( ) ( )

OPCIONAL:
58. Su partido político: _____
59. Religión en que Usted nació: _____
60. Su religión actual: _____
61. Tiene Biblia: ___Si ___ No ___ Sin Respuesta (SR)
62. Actitud sobre “los evangélicos”: ___ buenos; ____ malos; ____ neutral; ____ SR

OBLIGATORIO:
63. ENTREVISTADOR: _____
65. IGLESIA: _____
66. FECHA: _____

NOTA: El cuestionario fue elaborado por el Programa Latinoamericana de Estudios Socio religiosos (PROLADES)

Anexo 10

Encuesta Para Compartir El Evangelio

1. ¿Qué considera usted que son las necesidades más grandes de la familia de hoy?
   Financieras_____ Valores Morales_____ Tener Protección y Seguridad_____
   Inseguridad acerca del futuro_____ Otras_____

2. ¿Dónde iría usted para buscar ayuda si tuviera esta necesidad?

3. ¿Cómo puede la iglesia ayudar a las familias de hoy para tratar estas necesidades y problemas?

4. ¿Cree usted que la Biblia ofrece buenas respuestas a los problemas de hoy? Si ( ) No ( )
   (¿Por qué o por qué no?)

5. ¿Qué cree usted que una persona tiene que hacer para ir al cielo?

6. ¿Le gustaría recibir un curso que explique con detalles como la Biblia responde a esta pregunta? Si ( ) No ( )

7. Esto termina nuestra encuesta. ¿Podemos anotar su nombre y teléfono?

Nombre _____ Teléfono_____

<u>Información Útil Para Un Seguimiento Posible</u>

(No haga estas preguntas. Sólo debe escuchar y observar.)

1. Edad aproximada: _____ Preferencia de religión: _____
2. ¿Está dispuesto a recibir una visita en el futuro_____? ¿Se muestra receptivo? Si ( ) No ( )

Si la persona responde afirmativamente la pregunta número 7, proceder a llenar la siguiente información.

Nombre: _____

Edad: _____ Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Email._____ Nombre del encuestador: _____

Día que puede recibir el Estudio: (Haga un círculo en el día solicitado)

Domingo – Lunes – Martes – Miércoles – Jueves – Viernes – Sábado –

Fecha de Inicio del Estudio: _____ Hora de Estudio: _____