

NOTICE - We are conducting this survey under the authority of Title 13, United States Code, Section 8. Section 9 of this law requires us to keep all information about you and your household strictly confidential. We may use this information only for statistical purposes. Also, Title 42, Section 3732, United States Code, authorizes the Bureau of Justice Statistics, Department of Justice, to collect information using this survey. Title 42, Sections 3789g and 3735, United States Code, also requires us to keep all information about you and your household strictly confidential. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB number.

FORM NCVS-2(SP)
(4-14-2005)

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
Economics and Statistics Administration
U.S. CENSUS BUREAU
ACTING AS COLLECTING AGENT FOR THE
BUREAU OF JUSTICE STATISTICS
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

CRIME INCIDENT REPORT
NATIONAL CRIME VICTIMIZATION SURVEY

Control number

PSU	Segment/Suffix	Sample designation/Suffix	Serial/Suffix	HH No.	Spinoff Indicator

Notes

1a. LINE NUMBER OF RESPONDENT → Line number (ex., 01)

1b. SCREEN QUESTION NUMBER → Screen question number (ex., 39)

1c. INCIDENT NUMBER → Incident number (ex., 01)

CHECK ITEM A

Has the respondent lived at this address for more than 6 months? (If not sure, refer to 33a on the NCVS-1 or ASK.)

- Yes (more than 6 months) – SKIP to 3
 No (6 months or less) – Ask 2

2. Ud. dijo que durante los últimos seis meses – (Refer to appropriate screen question for description of crime.) ¿Ocurrió (este/el primer) incidente mientras Ud. vivía aquí o antes de mudarse a esta dirección?

- 1 While living at this address
2 Before moving to this address

3. (Ud. dijo que durante los últimos seis meses – (Refer to appropriate screen question for description of crime.)) ¿En qué mes ocurrió (este/el primer) incidente? (Show calendar if necessary. Encourage respondent to give exact month.)

Month Year

4. If known, mark without asking. If not sure, ASK – ¿En total, cuántas veces ocurrió este tipo de incidente durante los últimos seis meses?

_____ Number of incidents

CHECK ITEM B

How many incidents? (Refer to 4.)

- 1 1–5 incidents (not a "series") – SKIP to 6
2 6 or more incidents – Fill Check Item C

CHECK ITEM C

Are these incidents similar to each other in detail, or are they for different types of crimes? (If not sure, ASK.)

- 1 Similar – Fill Check Item D
2 Different (not a "series") – SKIP to 6

CHECK ITEM D

Can you (respondent) recall enough details of each incident to distinguish them from each other? (If not sure, ASK.)

- 1 Yes (not a "series") – SKIP to 6
2 No (is a "series") – Reduce entry in screen question if necessary – Read 5

5. Las siguientes preguntas se refieren únicamente al incidente más reciente. (ASK Item 6.)

6. ¿Aproximadamente a qué hora ocurrió (este/el más reciente) incidente?

- During day
- 1 After 6 a.m. – 12 noon
2 After 12 noon – 3 p.m.
3 After 3 p.m. – 6p.m.
4 Don't know what time of day
- At night
- 5 After 6 p.m. – 9 p.m.
6 After 9 p.m. – 12 midnight
7 After 12 midnight – 6 a.m.
8 Don't know what time of night
- OR
- 9 Don't know whether day or night

NCVS 2 INCIDENT REPORT SPANISH

<p>11. ¿Estaba viviendo el delincuente (aquí/allí), o tenía algún derecho a estar (aquí/allí), por ejemplo como invitado o como persona encargada de hacer reparaciones?</p>	<p>617 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>SKIP to 19</i> 2 <input type="checkbox"/> No } <i>Ask 12</i> 3 <input type="checkbox"/> Don't know }</p>
<p>12. ¿Logró el delincuente entrar ADENTRO DE su (casa/apartamento/cuarto/garaje/cpbertozp/portal cerrado (enclosed porch))?</p>	<p>618 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>SKIP to 14</i> 2 <input type="checkbox"/> No } <i>Ask 13</i> 3 <input type="checkbox"/> Don't know }</p>
<p>13. ¿Intentó el delincuente entrar a su (casa/apartamento/cuarto/garaje/cobertizo/portal cerrado (enclosed porch))?</p>	<p>619 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 14</i> 2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 19</i> 3 <input type="checkbox"/> Don't know – <i>Ask 14</i></p>
<p>14. ¿Había alguna evidencia, tal como una cerradura o ventana rota, de que el/los delincuente(s) (forzara su entrada/INTENTARA forzar su entrada) (a la casa/al apartamento/al edificio)?</p>	<p>620 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 15</i> 2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 16</i></p>
<p>15. ¿Cuál era la evidencia? ¿Alguna otra? <i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>Window</p> <p>625 1 <input type="checkbox"/> Damage to window (include frame, glass broken/removed/cracked) * 2 <input type="checkbox"/> Screen damaged/removed 3 <input type="checkbox"/> Lock on window damaged/tampered with in some way 4 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/> <p>Door</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Damage to door (include frame, glass panes or door removed) 6 <input type="checkbox"/> Screen damaged/removed</p> <p>626 7 <input type="checkbox"/> Lock or door handle damaged/tampered with in some way * 8 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/> <p>Other</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Other than window or door – <i>Specify</i> ↴</p> <p style="text-align: right;">} <i>SKIP to 19</i></p>
<p>16. ¿Cómo (entró/INTENTO entrar) el delincuente? <i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>627 1 <input type="checkbox"/> Let in 2 <input type="checkbox"/> Offender pushed his/her way in after door opened 3 <input type="checkbox"/> Through OPEN DOOR or other opening 4 <input type="checkbox"/> Through UNLOCKED door or window 5 <input type="checkbox"/> Through LOCKED door or window – Had key 6 <input type="checkbox"/> Through LOCKED door or window – Picked lock, used credit card, etc., other than key 7 <input type="checkbox"/> Through LOCKED door or window – Don't know how 8 <input type="checkbox"/> Don't know 9 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴</p> <p style="text-align: right;">} <i>SKIP to 19</i></p>
<p>17a. ¿Ocurrió en su escuela?</p>	<p>628 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 17c</i></p>
<p>17b. ¿En qué parte del edificio de la escuela ocurrió?</p>	<p>629 1 <input type="checkbox"/> Classroom 2 <input type="checkbox"/> Hallway/Stairwell 3 <input type="checkbox"/> Bathroom/Locker room 4 <input type="checkbox"/> Other (library, gym, auditorium, cafeteria)</p>
<p>17c. <i>ASK OR VERIFY</i> – ¿Ocurrió el incidente en una zona solamente autorizada a ciertas personas, u ocurrió en una zona pública?</p>	<p>630 1 <input type="checkbox"/> Open to the public 2 <input type="checkbox"/> Restricted to certain people (or nobody had a right to be there) 3 <input type="checkbox"/> Don't know 4 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴</p>
<p>18. <i>ASK OR VERIFY</i> – ¿Ocurrió dentro o fuera de un edificio, o en ambos?</p>	<p>631 1 <input type="checkbox"/> Indoors (inside a building or enclosed space) 2 <input type="checkbox"/> Outdoors 3 <input type="checkbox"/> Both</p>
<p>19. <i>ASK OR VERIFY</i> – ¿A qué distancia de su casa ocurrió el hecho? <i>PROBE</i> – ¿Ocurrió a una distancia de una milla, cinco millas, cincuenta millas, o más de cincuenta millas? <i>Mark (X) first box that respondent is sure of.</i></p>	<p>632 1 <input type="checkbox"/> At, in, or near the building containing the respondent's home/next door 2 <input type="checkbox"/> A mile or less 3 <input type="checkbox"/> Five miles or less 4 <input type="checkbox"/> Fifty miles or less 5 <input type="checkbox"/> More than 50 miles 6 <input type="checkbox"/> Don't know how far</p>

<p>20a. ASK OR VERIFY – ¿Estaba Ud. o algún otro miembro de su hogar presente cuando ocurrió el incidente?</p>	<p>634 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 20b 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 56, page 8</p>
<p>20b. ASK OR VERIFY – ¿Cuáles de los miembros del hogar estaban presente? FIELD REPRESENTATIVE – <i>If proxy interview, "Respondent" refers to the person for whom the proxy interview is taken, not the proxy respondent.</i></p>	<p>635 1 <input type="checkbox"/> Respondent only } Ask 21 2 <input type="checkbox"/> Respondent and other household member(s) . . . } 3 <input type="checkbox"/> Only other household member(s), not respondent – SKIP to 59, page 8</p>
<p>21. ASK OR VERIFY – ¿Vio Ud. al delincuente? FIELD REPRESENTATIVE – <i>If proxy interview, replace "you" with the name of person for whom the proxy interview is being taken in 21–115.</i></p>	<p>636 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>22. ¿Tenía el delincuente un arma, como por ejemplo una pistola o cuchillo, o algo que usaba como arma, tal como una botella o tirón.</p>	<p>637 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 23 2 <input type="checkbox"/> No } SKIP to 24 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>23. ¿Cuál era el arma? ¿Algún otro objeto? <i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>638 1 <input type="checkbox"/> Hand gun (pistol, revolver, etc.) * 2 <input type="checkbox"/> Other gun (rifle, shotgun, etc.) 3 <input type="checkbox"/> Knife 4 <input type="checkbox"/> Other sharp object (scissors, ice pick, axe, etc.) 5 <input type="checkbox"/> Blunt object (rock, club, blackjack, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Other – Specify <u> </u></p>
<p>24. ¿Le golpeó, derribó, o en efecto atacó en alguna forma el delincuente?</p>	<p>639 1 <input type="checkbox"/> Yes – SKIP to 29, page 5 2 <input type="checkbox"/> No – Ask 25</p>
<p>25. ¿Intentó el delincuente atacarlo(a)?</p>	<p>640 1 <input type="checkbox"/> Yes – SKIP to 28a 2 <input type="checkbox"/> No – Ask 26</p>
<p>26. ¿Le amenazó el delincuente con hacerle algún daño?</p>	<p>641 1 <input type="checkbox"/> Yes – SKIP to 28b 2 <input type="checkbox"/> No – Ask 27</p>
<p>27. ¿Qué ocurrió en realidad? ¿Alguna otra cosa? <i>Mark (X) all that apply.</i> FIELD REPRESENTATIVE – <i>If box 4, ASK –</i> ¿Quiere decir relaciones sexual forzadas incluso intentos de lo mismo? <i>If "Yes," change entry in Item 24 to "Yes." Delete entries in 25–27.</i></p>	<p>642 1 <input type="checkbox"/> Something taken without permission } * 2 <input type="checkbox"/> Attempted or threatened to take something . . . } 3 <input type="checkbox"/> Harassed, argument, abusive language } 4 <input type="checkbox"/> Unwanted sexual contact with force (grabbing, fondling, etc.) } 5 <input type="checkbox"/> Unwanted sexual contact without force (grabbing, fondling, etc.) } 6 <input type="checkbox"/> Forcible entry or attempted forcible entry of house/apartment } 7 <input type="checkbox"/> Forcible entry or attempted forcible entry of car } 8 <input type="checkbox"/> Damaged or destroyed property } 9 <input type="checkbox"/> Attempted or threatened to damage or destroy property } 10 <input type="checkbox"/> Other – Specify <u> </u> } <i>SKIP to Check Item E2, page 6</i></p>
<p>28a. ¿Cómo intentó el delincuente atacarlo(a)? ¿De alguna otra manera? 28b. ¿De qué manera fue Ud. amenazado? ¿De alguna otra manera? <i>Mark (X) all that apply.</i> FIELD REPRESENTATIVE – <i>If box 5, ASK –</i> ¿Quiere decir relaciones sexuales forzadas incluso intentos de lo mismo? <i>If "Yes," change entry in Item 24 to "Yes." Delete entries in 25–28.</i></p>	<p>643 1 <input type="checkbox"/> Verbal threat of rape } * 2 <input type="checkbox"/> Verbal threat to kill } 3 <input type="checkbox"/> Verbal threat of attack other than to kill or rape . . } 4 <input type="checkbox"/> Verbal threat of sexual assault other than rape . . } 5 <input type="checkbox"/> Unwanted sexual contact with force (grabbing, fondling, etc.) } 6 <input type="checkbox"/> Unwanted sexual contact without force (grabbing, fondling, etc.) } 7 <input type="checkbox"/> Weapon present or threatened with weapon . . . } 8 <input type="checkbox"/> Shot at (but missed) } 9 <input type="checkbox"/> Attempted attack with knife/sharp weapon } 10 <input type="checkbox"/> Attempted attack with weapon other than gun/knife/sharp weapon } 644 11 <input type="checkbox"/> Object thrown at person } * 12 <input type="checkbox"/> Followed or surrounded } 13 <input type="checkbox"/> Tried to hit, slap, knock down, grab, hold, trip, jump, push, etc. } 14 <input type="checkbox"/> Other – Specify <u> </u> } <i>SKIP to Check Item E2, page 6</i></p>

<p>29. ¿Cómo fue atacado(a) usted? ¿De alguna otra manera?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – <i>If raped, ASK –</i></p> <p>¿Quiere decir relaciones sexuales forzadas?</p> <p><i>If No, ASK – ¿Puede explicar?</i></p> <p><i>If tried to rape, ASK –</i></p> <p>¿Quiere decir Ud. que había un intento de relaciones sexuales o relaciones sexuales forzadas?</p> <p><i>If No, ASK – ¿Puede explicar?</i></p>	<p>646 1 <input type="checkbox"/> Raped</p> <p>* 2 <input type="checkbox"/> Tried to rape</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Sexual assault other than rape or attempted rape</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Shot</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Shot at (but missed)</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Hit with gun held in hand</p> <p>647 7 <input type="checkbox"/> Stabbed/cut with knife/sharp weapon</p> <p>* 8 <input type="checkbox"/> Attempted attack with knife/sharp weapon</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Hit by object (other than gun) held in hand</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Hit by thrown object</p> <p>648 11 <input type="checkbox"/> Attempted attack with weapon other than gun/knife/sharp weapon</p> <p>* 12 <input type="checkbox"/> Hit, slapped, knocked down</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Grabbed, held, tripped, jumped, pushed, etc.</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘</p> <hr/>
<p>30. ¿Le AMENAZO el delincuente con hacerle daño antes de agredirle?</p>	<p>649 1 <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘</p> <hr/>
<p>31. ¿En qué consistió el daño que le hicieron, si alguno? ¿Alguna otra cosa?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – <i>If raped and box 1 in item 29 is NOT marked, ASK –</i></p> <p>¿Quiere decir relaciones sexuales forzadas?</p> <p><i>If No, ASK – ¿Puede explicar?</i></p> <p><i>If attempted rape and box 2 in item 29 is NOT marked, ASK –</i></p> <p>¿Quiere decir Ud. que había un intento de relaciones sexual o relaciones sexuales forzadas?</p> <p><i>If No, ASK – ¿Puede explicar?</i></p>	<p>655 1 <input type="checkbox"/> None – <i>SKIP to Check Item E2, page 6</i></p> <p>* 2 <input type="checkbox"/> Raped</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Attempted rape</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Sexual assault other than rape or attempted rape</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Knife or stab wounds</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Gun shot, bullet wounds</p> <p>656 7 <input type="checkbox"/> Broken bones or teeth knocked out</p> <p>* 8 <input type="checkbox"/> Internal injuries</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Knocked unconscious</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Bruises, black eye, cuts, scratches, swelling, chipped teeth</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘</p> <hr/>
<p>32. <i>ASK OR VERIFY –</i></p> <p>¿Fueron cualesquiera de las heridas causadas por un arma? No incluya pistola o cuchillo.</p>	<p>657 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 33</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 34</i></p>
<p>33. ¿Cuáles heridas fueron causadas por un arma EXCLUYENDO una pistola o un cuchillo?</p> <p><i>Enter code(s) from 31.</i></p>	<p>658 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>* Code Code Code</p>
<p>34. El daño que le hicieron, ¿fue de tal gravedad que recibió cuidado médico, incluso cuidado doméstico?</p>	<p>659 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 35</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to Check Item E2, page 6</i></p>
<p>35. ¿Dónde recibió este tratamiento? ¿En algún otro lugar?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>660 1 <input type="checkbox"/> At the scene</p> <p>* 2 <input type="checkbox"/> At home/neighbor's/friend's</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Health unit at work/school, first aid station at a stadium/park, etc.</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Doctor's office/health clinic</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Emergency room at hospital/emergency clinic</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Hospital (other than emergency room)</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘</p> <hr/>
<p>CHECK ITEM E1 Is (box 6) "Hospital" marked in 35?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes – Ask 36</p> <p><input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 38</i></p>
<p>36. ¿Pasó la noche en el hospital?</p>	<p>662 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 37</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 38</i></p>
<p>37. ¿Cuántos días se quedó (en el hospital)?</p>	<p>663 _____ Number of days</p>

<p>38. Cuando ocurrió el incidente, ¿tenía Ud. algún seguro médico, o tenía derecho a beneficios de algún otro tipo de programa de salud, como por ejemplo Medicaid, Administración de Veteranos, o Bienestar Público?</p>	<p>664 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>39. ¿Cuál fue el importe total de sus gastos médicos como consecuencia de este incidente (INCLUYENDO cualquier pago hecho por el seguro)? Incluya las cuentas del doctor y el hospital, medicinas terapia, y cualquier otro gasto médico relacionado con los daños ocasionados.</p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – Obtain an estimate, if necessary.</p>	<p>665 \$ _____ . 00 Total amount</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No cost X <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>CHECK ITEM E2 Is the respondent female and between the ages of 18–49?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes – Ask 40 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 41a</p>
<p>40. Según las investigaciones al respecto, las mujeres que están embarazadas pueden tener un riesgo mayor de ser víctimas de un crimen violento.</p> <p>¿Estaba usted embarazada cuando ocurrió este incidente?</p>	<p>960 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>41a. Durante el incidente, ¿tomo Ud. alguna acción con el fin de protegerse a sí mismo o sus bienes?</p>	<p>666 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 42 2 <input type="checkbox"/> No/took no action/kept still – Ask 41b</p>
<p>41b. Durante el incidente, ¿tomo Ud. alguna acción con respecto al incidente?</p> <p>Mark (X) all that apply. Then fill Check Item F.</p>	<p>667 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 42 2 <input type="checkbox"/> No/took no action/kept still – SKIP to 47</p>
<p>42. ¿Qué hizo Ud.? ¿Alguna otra cosa?</p>	<p style="text-align: center;">USED PHYSICAL FORCE TOWARD OFFENDER</p> <p>668 1 <input type="checkbox"/> Attacked offender with gun; fired gun * 2 <input type="checkbox"/> Attacked with other weapon 3 <input type="checkbox"/> Attacked without weapon (hit, kicked, etc.) 4 <input type="checkbox"/> Threatened offender with gun 5 <input type="checkbox"/> Threatened offender with other weapon 6 <input type="checkbox"/> Threatened to injure, no weapon</p> <p style="text-align: center;">RESISTED OR CAPTURED OFFENDER</p> <p>669 7 <input type="checkbox"/> Defended self or property (struggled, ducked, blocked blows, held onto property) * 8 <input type="checkbox"/> Chased, tried to catch or hold offender</p> <p style="text-align: center;">SCARED OR WARNED OFF OFFENDER</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Yelled at offender, turned on lights, threatened to call police, etc.</p> <p style="text-align: center;">PERSUADED OR APPEASED OFFENDER</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Cooperated, or pretended to (stalled, did what they asked)</p> <p>670 11 <input type="checkbox"/> Argued, reasoned, pleaded, bargained, etc. * 12 <input type="checkbox"/> Ran or drove away, or tried; hid, locked door</p> <p style="text-align: center;">GOT HELP OR GAVE ALARM</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Called police or guard</p> <p>671 14 <input type="checkbox"/> Tried to attract attention or help, warn others (cried out for help, called children inside) * 15 <input type="checkbox"/> Screened from pain or fear</p> <p style="text-align: center;">REACTED TO PAIN OR EMOTION</p> <p style="text-align: center;">OTHER</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Other – Specify _____</p>
<p>CHECK ITEM F Was the respondent injured in this incident? (Is box 2–11 marked in 31 on page 5?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes – Ask 43a <input type="checkbox"/> No – SKIP to 43b</p>
<p>43a. ¿Tomó usted estas acciones antes, después de, o a la misma vez de que Ud. fue herido?</p> <p>Mark (X) all that apply.</p>	<p>672 1 <input type="checkbox"/> Actions taken before injury * 2 <input type="checkbox"/> Actions taken after injury 3 <input type="checkbox"/> Actions taken at same time as injury</p>
<p>43b. ¿Tuvieron sus acciones algún resultado positivo?</p> <p>Probe – ¿Le ayudaron sus acciones a evitar heridas, proteger su propiedad, escapar del delincuente -- o fueron útiles en alguna otra manera?</p>	<p>673 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 44 2 <input type="checkbox"/> No } SKIP to 45 3 <input type="checkbox"/> Don't know }</p>

CHECK ITEM G Did respondent use or threaten to use physical force against the offender? (Is 1–6 marked in 42 on page 6?)	685 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 55 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 60
55. ¿Quién fue el primero en amenazar o usar la fuerza física – Ud., el delincuente, u otros? <i>Mark (X) only one box.</i>	686 1 <input type="checkbox"/> Respondent 2 <input type="checkbox"/> Offender(s) 3 <input type="checkbox"/> Someone else 4 <input type="checkbox"/> Don't know } SKIP to 60
56. <i>If household member was present, SKIP to 59.</i> ¿Sabe Ud. o ha descubierto algo (del/de los) delincuente(s) – por ejemplo, si había solamente uno o más de un delincuente, si era joven o viejo, o si era hombre o mujer?	687 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 57 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 88, page 11
57. ¿Cuál es el grado de certeza de su información – sospecha, medianamente cierto, o completamente cierto?	688 1 <input type="checkbox"/> Suspicion 2 <input type="checkbox"/> Fairly sure 3 <input type="checkbox"/> Certain
58. ¿Cómo obtuvo información de los delincuentes? ¿En alguna otra manera? <i>Mark (X) all that apply.</i>	689 1 <input type="checkbox"/> Respondent saw or heard offender . . . * 2 <input type="checkbox"/> From other member of household who was eyewitness 3 <input type="checkbox"/> From eyewitness(es) other than household member(s) 4 <input type="checkbox"/> From police 5 <input type="checkbox"/> Other person (not eyewitness) 6 <input type="checkbox"/> Offender(s) admitted it 690 7 <input type="checkbox"/> Offender(s) had threatened to do it . . . * 8 <input type="checkbox"/> Stolen property found on offender's property or in offender's possession . . . 9 <input type="checkbox"/> Figured it out by who had motive, opportunity, or had done it before . . . 10 <input type="checkbox"/> Other – Specify ↘ _____ } SKIP to 88, page 11
59. ¿Qué ocurrió en realidad? ¿Alguna otra cosa? <i>Mark (X) all that apply.</i>	691 1 <input type="checkbox"/> Something taken without permission * 2 <input type="checkbox"/> Attempted or threatened to take something 3 <input type="checkbox"/> Harassed, argument, abusive language 4 <input type="checkbox"/> Forcible entry or attempted forcible entry of house/apartment 5 <input type="checkbox"/> Forcible entry or attempted forcible entry of car 6 <input type="checkbox"/> Damaged or destroyed property 7 <input type="checkbox"/> Attempted or threatened to damage or destroy property 8 <input type="checkbox"/> Other – Specify ↘ _____
60. ASK OR VERIFY – ¿Fue el delito cometido por un delincuente solamente o por más de uno?	692 1 <input type="checkbox"/> Only one – SKIP to 62 2 <input type="checkbox"/> More than one – SKIP to 73 3 <input type="checkbox"/> Don't know – Ask 61
61. ¿Sabe Ud. algo de uno de los delincuentes?	693 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 62 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 88, page 11
Notes	

62. El delincuente, ¿era hombre o mujer?	<input type="checkbox"/> 698 1 <input type="checkbox"/> Male 2 <input type="checkbox"/> Female 3 <input type="checkbox"/> Don't know
63. ¿Qué edad diría Ud. que tenía el delincuente?	<input type="checkbox"/> 699 1 <input type="checkbox"/> Under 12 5 <input type="checkbox"/> 21–29 2 <input type="checkbox"/> 12–14 6 <input type="checkbox"/> 30+ 3 <input type="checkbox"/> 15–17 7 <input type="checkbox"/> Don't know 4 <input type="checkbox"/> 18–20
64a. ¿Era el delincuente miembro de una pandilla, o no lo sabe?	<input type="checkbox"/> 700 1 <input type="checkbox"/> Yes (a member of a street gang) 2 <input type="checkbox"/> No (not a member of a street gang) 3 <input type="checkbox"/> Don't know (if a member of a street gang)
64b. ¿Se encontraba al delincuente bajo la influencia del alcohol o drogas? ¿O no sabe Ud.?	<input type="checkbox"/> 701 1 <input type="checkbox"/> Yes (drinking or on drugs) – Ask 65 2 <input type="checkbox"/> No (not drinking/not on drugs) } SKIP to 66 3 <input type="checkbox"/> Don't know (if drinking or on drugs) }
65. ¿Cuál era? (¿Alcohol o drogas?)	<input type="checkbox"/> 702 1 <input type="checkbox"/> Drinking 2 <input type="checkbox"/> On drugs 3 <input type="checkbox"/> Both (drinking and on drugs) 4 <input type="checkbox"/> Drinking or on drugs – could not tell which
66. ¿Conocía Ud. al delincuente, o era un extraño a quien jamás había visto antes?	<input type="checkbox"/> 703 1 <input type="checkbox"/> Knew or had seen before – SKIP to 68 2 <input type="checkbox"/> Stranger 3 <input type="checkbox"/> Don't know
67. ¿Podría Ud. reconocer al delincuente si le viese?	<input type="checkbox"/> 704 1 <input type="checkbox"/> Yes } SKIP to 69 2 <input type="checkbox"/> Not sure (possibly or probably) } 3 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 71
68. ¿Qué tan bien conocía Ud. al delincuente – de vista solamente, conocido pero de poco trato, o bien conocido?	<input type="checkbox"/> 705 1 <input type="checkbox"/> Sight only – Ask 69 2 <input type="checkbox"/> Casual acquaintance } SKIP to 70 3 <input type="checkbox"/> Well known }
69. ¿Hubiera sido posible dar a la policía alguna pista para encontrar al delincuente – por ejemplo, su dirección, lugar de trabajo, escuela, o lugar de reunión más habitual?	<input type="checkbox"/> 706 1 <input type="checkbox"/> Yes } SKIP to 71 2 <input type="checkbox"/> No } 3 <input type="checkbox"/> Other – Specify _____ }
70. ¿Cómo conoció al delincuente? ¿Por ejemplo, era el delincuente un amigo, primo, etc.? <i>Mark (X) first box that applies.</i>	RELATIVE <input type="checkbox"/> 707 1 <input type="checkbox"/> Spouse at time of incident 2 <input type="checkbox"/> Ex-spouse at time of incident 3 <input type="checkbox"/> Parent or step-parent 4 <input type="checkbox"/> Own child or step-child 5 <input type="checkbox"/> Brother/sister 6 <input type="checkbox"/> Other relative – Specify _____ NONRELATIVE 7 <input type="checkbox"/> Boyfriend or girlfriend, ex-boyfriend or ex-girlfriend 8 <input type="checkbox"/> Friend or ex-friend 9 <input type="checkbox"/> Roommate, boarder 10 <input type="checkbox"/> Schoolmate 11 <input type="checkbox"/> Neighbor 12 <input type="checkbox"/> Customer/client 14 <input type="checkbox"/> Patient 15 <input type="checkbox"/> Supervisor (current or former) 16 <input type="checkbox"/> Employee (current or former) 17 <input type="checkbox"/> Co-worker (current or former) 13 <input type="checkbox"/> Other nonrelative – Specify _____
71. ¿Era el delincuente blanco, negro o de alguna otra raza?	<input type="checkbox"/> 708 1 <input type="checkbox"/> White 2 <input type="checkbox"/> Black 3 <input type="checkbox"/> Other – Specify _____ 4 <input type="checkbox"/> Don't know
72. Este incidente, ¿era la primera vez en que el delincuente cometió un delito o le amenazó contra Ud. u otros miembros de su hogar?	<input type="checkbox"/> 709 1 <input type="checkbox"/> Yes (only time) } SKIP to 88, page 11 2 <input type="checkbox"/> No (there were other times) } 3 <input type="checkbox"/> Don't know }
73. ¿Cuántos delincuentes?	<input type="checkbox"/> 710 _____ Number of offenders x <input type="checkbox"/> Don't know (number of offenders)

Notes

74. Los delincuentes, ¿Eran hombres o mujeres?	711	<input type="checkbox"/> All male } <input type="checkbox"/> All female } <i>SKIP to 76</i> <input type="checkbox"/> Don't know sex of any offenders } <input type="checkbox"/> Both male and female – Ask 75
75. <i>If there were only 2 offenders (item 73), SKIP to 76.</i> ¿Eran, en su mayoría, hombres o mujeres?	712	<input type="checkbox"/> Mostly male <input type="checkbox"/> Mostly female <input type="checkbox"/> Evenly divided <input type="checkbox"/> Don't know
76. ¿Qué edad diría Ud. que tenía el más joven?	713	<input type="checkbox"/> Under 12 4 <input type="checkbox"/> 18–20 7 <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> 12–14 5 <input type="checkbox"/> 21–29 <input type="checkbox"/> 15–17 6 <input type="checkbox"/> 30+ – <i>SKIP to 78a</i>
77. ¿Qué edad diría Ud. que tenía el mayor?	714	<input type="checkbox"/> Under 12 4 <input type="checkbox"/> 18–20 7 <input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> 12–14 5 <input type="checkbox"/> 21–29 <input type="checkbox"/> 15–17 6 <input type="checkbox"/> 30+
78a. ¿Era cualquiera de los delincuentes miembro de una pandilla, o no lo sabe?	715	<input type="checkbox"/> Yes (a member of a street gang) <input type="checkbox"/> No (not a member of a street gang) <input type="checkbox"/> Don't know (if a member of a street gang)
78b. ¿Se encontraban los delincuentes bajo la influencia del alcohol o drogas?	716	<input type="checkbox"/> Yes (drinking or on drugs) – Ask 79 <input type="checkbox"/> No (not drinking/not on drugs) } <i>SKIP to 80</i> <input type="checkbox"/> Don't know (if drinking or on drugs) .. }
79. ¿Cuál era? (¿Alcohol o drogas?)	717	<input type="checkbox"/> Drinking <input type="checkbox"/> On drugs <input type="checkbox"/> Both (drinking and on drugs) <input type="checkbox"/> Drinking or on drugs – could not tell which
80. ¿Conocía Ud. a algunos de los delincuentes, o eran todos extraños a quienes Ud. jamás había visto antes?	718	<input type="checkbox"/> All known } <i>SKIP to 82</i> 3 <input type="checkbox"/> All strangers } <i>Ask 81</i> <input type="checkbox"/> Some known } 4 <input type="checkbox"/> Don't know }
81. ¿Podría Ud. reconocerlos, si los viese?	719	<input type="checkbox"/> Yes } <i>SKIP to 83</i> <input type="checkbox"/> Not sure (possibly or probably) } <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 85</i>
82. ¿Qué tan bien conocía Ud. (al/a los) delincuente(s) – de vista solamente, conocido pero de poco trato, o bien conocido? <i>Mark (X) all that apply.</i>	720	<input type="checkbox"/> Sight only <input type="checkbox"/> Casual acquaintance <input type="checkbox"/> Well known
CHECK ITEM H	Is "casual acquaintance" or "well known" marked in 82?	<input type="checkbox"/> Yes – <i>SKIP to 84</i> <input type="checkbox"/> No – <i>Ask 83</i>
83. ¿Hubiera sido posible dar a la policía alguna pista para encontrarlos – por ejemplo, su dirección, lugar de trabajo, escuela, o lugar de reunión más habitual? <i>Mark (X) only one box.</i>	722	<input type="checkbox"/> Yes } <input type="checkbox"/> No } <i>SKIP to 85</i> <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____ }
84. ¿Como conoció a los delincuentes? ¿Por ejemplo, eran los delincuentes amigos, primos, etc.? <i>Mark (X) all that apply.</i>	723	<p style="text-align: center;">RELATIVE</p> <input type="checkbox"/> Spouse at time of incident <input type="checkbox"/> Ex-spouse at time of incident <input type="checkbox"/> Parent or step-parent <input type="checkbox"/> Own child or step-child <input type="checkbox"/> Brother/sister <input type="checkbox"/> Other relative – <i>Specify</i> _____ <p style="text-align: center;">NONRELATIVE</p> <input type="checkbox"/> Boyfriend or girlfriend, ex-boyfriend or ex-girlfriend <input type="checkbox"/> Friend or ex-friend <input type="checkbox"/> Roommate, boarder <input type="checkbox"/> Schoolmate <input type="checkbox"/> Neighbor <input type="checkbox"/> Customer/client <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Supervisor (current or former) <input type="checkbox"/> Employee (current or former) <input type="checkbox"/> Co-worker (current or former) <input type="checkbox"/> Other nonrelative – <i>Specify</i> _____
85. ¿Eran los delincuentes blancos, negros, o de alguna otra raza? <i>Mark (X) all that apply.</i>	726	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____ <input type="checkbox"/> Don't know race of any/some
86. <i>If only one box marked in 85, SKIP to 87.</i> ¿ De qué raza era la mayoría de los delincuentes?	727	<input type="checkbox"/> Mostly White <input type="checkbox"/> Mostly Black <input type="checkbox"/> Mostly some other race <input type="checkbox"/> Equal number of each race <input type="checkbox"/> Don't know

<p>87. ¿Este incidente, ¿Era la primera vez en que cualquier de los delincuentes cometieron un delito o le amenazaron contra Ud. u otros miembros de su hogar?</p>	<p>730 1 <input type="checkbox"/> Yes (only time) 2 <input type="checkbox"/> No (there were other times) 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>88. ASK OR VERIFY – ¿Le robaron o llevaron algo sin permiso que le perteneciera a Ud. o a otros miembros del hogar?</p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – Include anything stolen from an unrecognizable business. Do not include any items stolen from a recognizable business operated in the respondent's home or in a commercial establishment.</p>	<p>731 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>SKIP to 96</i> 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>89. ASK OR VERIFY – ¿INTENTO el/los delincuente(s) llevarse algo que le perteneciera a Ud. o a otros miembros del hogar?</p>	<p>732 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 90</i> 2 <input type="checkbox"/> No } <i>SKIP to 110, page 14</i> 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>90. ¿Qué intentó llevarse el delincuente? ¿Alguna otra cosa? <i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>733 1 <input type="checkbox"/> Cash * 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Wallet 4 <input type="checkbox"/> Credit cards, checks, bank cards 5 <input type="checkbox"/> Car 6 <input type="checkbox"/> Other motor vehicle 734 7 <input type="checkbox"/> Part of motor vehicle (tire, hubcap, attached car * stereo or satellite radio, attached CB radio, etc.) 8 <input type="checkbox"/> Gasoline or oil 9 <input type="checkbox"/> Bicycle or parts 735 10 <input type="checkbox"/> TV, DVD player, VCR, stereo, other household * appliances 11 <input type="checkbox"/> Silver, china, art objects 12 <input type="checkbox"/> Other household furnishings (furniture, rugs, etc.) 736 13 <input type="checkbox"/> Personal effects (clothing, jewelry, toys, etc.) * 14 <input type="checkbox"/> Handgun (pistol, revolver) 15 <input type="checkbox"/> Other firearm (rifle, shotgun) 737 16 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘ * _____ 17 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>91. ¿(La propiedad/el dinero) que el delincuente trató de quitarle, era de Ud., o de ambos? <i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>738 1 <input type="checkbox"/> Respondent only – <i>SKIP to 92</i> 2 <input type="checkbox"/> Respondent and other household member(s) – <i>Fill Check Item J</i> 3 <input type="checkbox"/> Other household member(s) only – <i>Fill Check Item J</i> 4 <input type="checkbox"/> Nonhousehold member(s) only } <i>SKIP to 92</i> 5 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↘ } _____</p>
<p>CHECK ITEM J Besides the respondent, which household member(s) owned the (property/money) the offender tried to take? <i>If not sure, ask. Do not enter the respondent's line number.</i></p>	<p>739 <input type="text"/> <input type="text"/> Line number * <input type="text"/> <input type="text"/> Line number <input type="text"/> <input type="text"/> Line number OR 40 <input type="checkbox"/> Household property</p>
<p>92. ASK OR VERIFY – ¿Estaban los objetos dentro de un vehículo de motor, o eran parte de él cuando trataron de robarlos?</p>	<p>740 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>CHECK ITEM K Did the offender try to take cash, a purse, or a wallet? (Is box 1, 2, or 3 marked in 90?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 93</i> <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 94</i></p>
<p>93. ASK OR VERIFY – ¿Tenía (el dinero/la cartera/la billetera) consigo, por ejemplo en el bolsillo o en la mano?</p>	<p>742 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>

<p>94. ASK OR VERIFY – ¿Era algo (más) que le trataron de quitar directamente a Ud. – por ejemplo, de un bolsillo de las manos, o algo que llevaba puesto? <i>Exclude property not belonging to respondent or other household member.</i></p>	<p>745 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 95 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 110, page 14</p>
<p>95. ¿Qué objetos le trataron de quitar a Ud. directamente? <i>Enter code(s) from 90.</i> <i>Do not include cash/purse/wallet. Exclude property not belonging to respondent or other household member.</i></p>	<p>746 * <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> – SKIP to 110, page 14 Code Code Code OR 40 <input type="checkbox"/> Tried to take everything marked in 90 directly from respondent – SKIP to 110, page 14</p>
<p>96. ¿Qué fue llevado que le pertenecía a Ud. o a otros miembros del hogar? ¿Alguna otra cosa? <i>Mark (X) all that apply.</i> FIELD REPRESENTATIVE – If purse or wallet stolen, ASK – ¿Contenía dinero? <i>Enter amount of stolen cash where indicated. Mark the appropriate box(es) for stolen property or the box for only cash taken.</i></p>	<p>747 Cash \$ _____ . <input type="text"/> <input type="text"/> Amount of cash taken 748 1 <input type="checkbox"/> Only cash taken – Enter amount above * Property PURSE/WALLET/CREDIT CARDS 2 <input type="checkbox"/> Purse } Ask: ¿Contenía dinero? 3 <input type="checkbox"/> Wallet } 4 <input type="checkbox"/> Credit cards, check, bank cards VEHICLE OR PARTS 5 <input type="checkbox"/> Car 6 <input type="checkbox"/> Other motor vehicle 749 7 <input type="checkbox"/> Part of motor vehicle (tire, hubcap, attached car stereo or satellite radio, attached CB radio, etc.) * 8 <input type="checkbox"/> Unattached motor vehicle accessories or equipment (unattached CD player or satellite radio, etc.) 9 <input type="checkbox"/> Gasoline or oil 10 <input type="checkbox"/> Bicycle or parts HOUSEHOLD FURNISHINGS 750 11 <input type="checkbox"/> TV, DVD player, VCR, stereo, other household appliances * 12 <input type="checkbox"/> Silver, china, art objects 13 <input type="checkbox"/> Other household furnishings (furniture, rugs, etc.) PERSONAL EFFECTS 751 14 <input type="checkbox"/> Portable electronic and photographic gear (Personal stereo, TV, cellphone, camera, etc.) * 15 <input type="checkbox"/> Clothing, furs, luggage, briefcase 16 <input type="checkbox"/> Jewelry, watch, keys 752 17 <input type="checkbox"/> Collection of stamps, coins, etc. * 18 <input type="checkbox"/> Toys, sports and recreation equipment (not listed above) 19 <input type="checkbox"/> Other personal and portable objects FIREARMS 753 20 <input type="checkbox"/> Handgun (pistol, revolver) * 21 <input type="checkbox"/> Other firearm (rifle, shotgun) MISCELLANEOUS 22 <input type="checkbox"/> Tools, machines, office equipment 754 23 <input type="checkbox"/> Farm or garden produce, plants, fruit, logs * 24 <input type="checkbox"/> Animals – pet or livestock 25 <input type="checkbox"/> Food or liquor 755 26 <input type="checkbox"/> Other – Specify ↘ * 27 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>97. (El dinero/los objetos) robado(s), ¿Era(n) de Ud., de un otro miembro de su hogar, o de ambos? <i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>760 1 <input type="checkbox"/> Respondent only – SKIP to Check Item M 2 <input type="checkbox"/> Respondent and other household member(s) – Fill Check Item L 3 <input type="checkbox"/> Other household member(s) only – Fill Check Item L 4 <input type="checkbox"/> Nonhousehold member(s) only 5 <input type="checkbox"/> Other – Specify ↘ } SKIP to Check Item M1</p>

CHECK ITEM L	Besides the respondent, which household member(s) owned the stolen (property/money)? <i>If not sure, ask. Do not enter the respondent's line number.</i>	761 *	<input type="text"/> <input type="text"/> Line number <input type="text"/> <input type="text"/> Line number <input type="text"/> <input type="text"/> Line number OR 40 <input type="checkbox"/> Household property
CHECK ITEM M1	Was a car or other motor vehicle taken? (Is box 5 or 6 marked in 96?)	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 98 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 100	
98. ¿Se le dió permiso alguna vez para usar el (auto/vehículo de motor) (al/a los) delincuente(s)?	763	1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 99 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know } SKIP to Check Item M2	
99. ¿Le devolvió el/los delincuente(s) el (auto/vehículo de motor) esta vez?	764	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No } SKIP to Check Item M2	
100. ASK OR VERIFY – ¿Estaban los objetos dentro de un vehículo de motor, o eran parte de él cuando fueron robados?	765	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	
CHECK ITEM M2	Did the offender(s) take a handgun? (Is box 20 marked in 96?)	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 101a <input type="checkbox"/> No – SKIP to Check Item M3	
101a. ¿Cuántos revólveres se llevaron?	923	_____ Number of handguns x <input type="checkbox"/> Don't know (Number of handguns taken)	
CHECK ITEM M3	Did the offender(s) take some other type of firearm? (Is box 21 marked in 96?)	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 101b <input type="checkbox"/> No – SKIP to Check Item N	
101b. ¿Cuántas otras armas de fuego de otros tipos se llevaron?	924	_____ Number of firearms x <input type="checkbox"/> Don't know (Number of firearms taken)	
CHECK ITEM N	Was cash, purse, or a wallet taken? (Is a cash amount entered or box 1, 2, or 3 marked in 96?)	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 101c <input type="checkbox"/> No – SKIP to 102	
101c. ASK OR VERIFY – Cuando le robaron, ¿tenía (el dinero/la cartera/la billetera) consigo, por ejemplo en el bolsillo o en la mano?	767	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	
102. ASK OR VERIFY – ¿Era algo (más) que le quitaron directamente a Ud. – por ejemplo, de un bolsillo, de las manos, o algo que llevaba puesto? <i>Exclude property not belonging to respondent or other household member.</i>	768	1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 103 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 104	
103. ¿Qué objetos le quitaron a Ud. directamente? <i>Enter code(s) from 96.</i> <i>Do not include cash/purse/wallet. Exclude property not belonging to respondent or other household member.</i>	769 *	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Code Code Code OR 40 <input type="checkbox"/> Everything marked in 96 was taken directly from respondent	
104. <i>If only cash/checks/credit cards is marked in item 96, SKIP to 106.</i> ¿Qué era el valor de la PROPIEDAD que le fue llevada? Incluya propiedad recuperada. (Excluya dinero en efectivo/cheques/tarjetas de crédito robados. Si es dueño en conjunto con alguien que no es miembro del hogar, incluya solamente la parte que le pertenece a los miembros del hogar.)	770	\$ _____ . <input type="text"/> <input type="text"/> Value of property taken	
105. ¿Cómo calculó Ud. el valor de la propiedad llevada? ¿De alguna otra manera? <i>Mark (X) all that apply.</i>	771 *	1 <input type="checkbox"/> Original cost 2 <input type="checkbox"/> Replacement cost 3 <input type="checkbox"/> Personal estimate of current value 4 <input type="checkbox"/> Insurance report estimate 5 <input type="checkbox"/> Police estimate 6 <input type="checkbox"/> Don't know 7 <input type="checkbox"/> Other – Specify _____	

<p>106. ¿Pudo Ud. recuperar todo o parte (del dinero y) de la propiedad robada, sin contar cualquier cosa que el seguro le haya dado?</p>	<p>772 1 <input type="checkbox"/> All – SKIP to Check Item O 2 <input type="checkbox"/> Part – Ask 107 3 <input type="checkbox"/> None – SKIP to 109</p>
<p>107. ¿Qué pudo recuperar? ¿Alguna otra cosa?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – <i>If purse or wallet recovered, ASK –</i></p> <p>¿Contenía dinero?</p> <p><i>Enter amount of recovered cash where indicated. Mark the appropriate box(es) for recovered property or the box for only cash recovered.</i></p>	<p>775 Cash \$ _____ . <input type="text" value="00"/> Amount of cash recovered</p> <p>776 1 <input type="checkbox"/> Only cash recovered * Property 2 <input type="checkbox"/> Purse } Ask: ¿Contenía dinero? 3 <input type="checkbox"/> Wallet } 4 <input type="checkbox"/> Credit cards, checks, bank cards 5 <input type="checkbox"/> Car or other motor vehicle 6 <input type="checkbox"/> Property other than the above</p>
<p>CHECK ITEM O Was PROPERTY other than cash, checks, or credit cards recovered? (If not sure, ask)</p>	<p>777 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 108 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 109</p>
<p>108. Considerando algún daño, ¿qué era el valor de la propiedad una vez que ésta fue recuperada? (No incluya dinero en efectivo, cheques, o tarjetas de crédito que se haya recuperado.)</p>	<p>778 \$ _____ . <input type="text" value="00"/> Value of property recovered</p>
<p>109. ¿Se hizo un informe del robo a la compañía de seguros?</p>	<p>779 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't have insurance 4 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>110. (Aparte de alguna propiedad robada), ¿fue dañado algo durante este incidente que le perteneciera a Ud. o a otros miembros de su hogar?</p> <p><i>PROBE – Por ejemplo, ¿(rompieron una cerradura o ventana/dañaron ropa/dañaron un auto), o hicieron otro daño?</i></p>	<p>780 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 111 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 115</p>
<p>111. ¿Fue reparado o substituido el/los objeto(s) dañado?</p>	<p>781 1 <input type="checkbox"/> Yes, all } SKIP to 113 2 <input type="checkbox"/> Yes, part } 3 <input type="checkbox"/> No, none – Ask 112</p>
<p>112. ¿Cuánto costaría reparar o substituir el/los objeto(s) dañado?</p>	<p>782 \$ _____ . <input type="text" value="00"/> Cost to repair/replace – SKIP to 114</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No cost – SKIP to 115 x <input type="checkbox"/> Don't know – SKIP to 114</p>
<p>113. ¿Cuánto costó la reparación o substitución?</p>	<p>783 \$ _____ . <input type="text" value="00"/> Cost to repair/replace – Ask 114</p> <p>0 <input type="checkbox"/> No cost – SKIP to 115 x <input type="checkbox"/> Don't know – SKIP to 114</p>
<p>114. ¿Quién (pagó/pagará) la reparación o substitución? ¿Alguien más?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>784 1 <input type="checkbox"/> Items will not be repaired or replaced * 2 <input type="checkbox"/> Household member 3 <input type="checkbox"/> Landlord or landlord's insurance 4 <input type="checkbox"/> Victim's (or household's) insurance 5 <input type="checkbox"/> Offender 6 <input type="checkbox"/> Other – Specify ↴</p> <p>_____</p>

Notes

<p>115. ¿Se le notificó a la policía sobre el incidente, o supo la policía del incidente de alguna manera?</p>	<p>800</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 116 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 117 3 <input type="checkbox"/> Don't know – SKIP to 130, page 17</p>
<p>116. ¿Cómo se enteró la policía?</p> <p><i>Mark (X) first box that applies.</i></p> <p>FIELD REPRESENTATIVE – <i>If proxy interview, we want the proxy respondent to answer questions 116–134 for herself/himself, not for the person for whom the proxy interview is being taken.</i></p>	<p>801</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Respondent – SKIP to 119 2 <input type="checkbox"/> Other household member } 3 <input type="checkbox"/> Someone official called police (guard, apt. manager, school official, etc.) } SKIP to 121 4 <input type="checkbox"/> Someone else } 5 <input type="checkbox"/> Police were at scene – SKIP to 123 6 <input type="checkbox"/> Offender was a police officer } 7 <input type="checkbox"/> Some other way – Specify <input checked="" type="checkbox"/> } SKIP to 124</p>
<p>117. ¿Por qué razón no se informó a la policía? ¿Alguna otra razón?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p> <p>STRUCTURED PROBE –</p> <p>La razón, ¿Era porque Ud. lo trató de otra manera, no era suficientemente importante, no estaba cubierto por el seguro, la policía no podría hacer nada, la policía no ayudaría, o era una otra razón?</p>	<p>DEALT WITH ANOTHER WAY</p> <p>802 * 1 <input type="checkbox"/> Reported to another official (guard, apt. manager, school official, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Private or personal matter or took care of it myself or informally; told offender's parent</p> <p>NOT IMPORTANT ENOUGH TO RESPONDENT</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Minor or unsuccessful crime, small or no loss, recovered property 4 <input type="checkbox"/> Child offender(s), "kid stuff" 5 <input type="checkbox"/> Not clear was a crime or that harm was intended</p> <p>INSURANCE WOULDN'T COVER</p> <p>6 <input type="checkbox"/> No insurance, loss less than deductible, etc.</p> <p>POLICE COULDN'T DO ANYTHING</p> <p>803 * 7 <input type="checkbox"/> Didn't find out until too late 8 <input type="checkbox"/> Could not recover or identify property 9 <input type="checkbox"/> Could not find or identify offender, lack of proof</p> <p>POLICE WOULDN'T HELP</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Police wouldn't think it was important enough, wouldn't want to be bothered or get involved</p> <p>804 * 11 <input type="checkbox"/> Police would be inefficient, ineffective (they'd arrive late or not at all, wouldn't do a good job, etc.) 12 <input type="checkbox"/> Police would be biased, would harass/insult respondent, cause respondent trouble, etc.) 13 <input type="checkbox"/> Offender was police officer</p> <p>OTHER REASON</p> <p>805 * 14 <input type="checkbox"/> Did not want to get offender in trouble with the law 15 <input type="checkbox"/> Was advised not to report to police 16 <input type="checkbox"/> Afraid of reprisal by offender or others</p> <p>806 * 17 <input type="checkbox"/> Did not want to or could not take time – too inconvenient 18 <input type="checkbox"/> Other – Specify <input checked="" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>19 <input type="checkbox"/> Respondent not present or doesn't know why it wasn't reported</p>
<p>CHECK ITEM P Is more than one reason marked in 117?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask to 118 2 <input type="checkbox"/> No – SKIP to 130, page 17</p>
<p>118. ¿Cuál de estas razones diría Ud. que es la razón más importante por la cual no se informó el incidente a la policía?</p> <p><i>Enter code from 117.</i></p>	<p>808</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Code – SKIP to 130, page 17 30 <input type="checkbox"/> No one reason more important – SKIP to 130, page 17</p>

Notes

<p>119. Además del hecho de que se había cometido un delito, ¿tuvo Ud. alguna otra razón para notificar a la policía sobre este incidente? ¿Alguna otra razón?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p> <p>STRUCTURED PROBE –</p> <p>¿Reportó Ud. el hecho para obtener ayuda, para recuperar la pérdida, para detener o culpar al delincuente, para informar a la policía, o por alguna otra razón?</p>	<p>809 * TO GET HELP WITH THIS INCIDENT</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Stop or prevent THIS incident from happening</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Needed help after incident due to injury, etc.</p> <p>TO RECOVER LOSS</p> <p>3 <input type="checkbox"/> To recover property</p> <p>4 <input type="checkbox"/> To collect insurance</p> <p>TO GET OFFENDER</p> <p>5 <input type="checkbox"/> To prevent further crimes against respondent/ respondent's household by this offender</p> <p>6 <input type="checkbox"/> To stop this offender from committing other crimes against anyone</p> <p>810 * 7 <input type="checkbox"/> To punish offender</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Catch or find offender – other reason or no reason given</p> <p>TO LET POLICE KNOW</p> <p>9 <input type="checkbox"/> To improve police surveillance of respondent's home, area, etc.</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Duty to let police know about crime</p> <p>OTHER</p> <p>811 * 11 <input type="checkbox"/> Other reason – <i>Specify</i> _____</p> <p>12 <input type="checkbox"/> No other reason – <i>SKIP to 121</i></p>
<p>CHECK ITEM Q Is more than one reason marked in 119?</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes – Ask 120</p> <p><input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 121</i></p>
<p>120. ¿Cuál de estas cree Ud. que es la razón más importante por la cual se informó el incidente a la policía?</p> <p><i>Enter code from 119.</i></p>	<p>813 <input type="text"/> <input type="text"/> Code</p> <p>21 <input type="checkbox"/> No one reason more important</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Because it was a crime was most important</p>
<p>121. ¿Vino la policía después de haber sido informada?</p>	<p>814 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 122</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No } <i>SKIP to 124</i></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Respondent went to police – <i>SKIP to 123</i></p>
<p>122. ¿Cuánto tiempo le tomó a la policía responder a su llamada? Respondió la policía en cinco minutos, diez minutos, una hora, un día, o más de un día?</p> <p><i>Mark (X) first category respondent is sure of.</i></p>	<p>815 1 <input type="checkbox"/> Within 5 minutes</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Within 10 minutes</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Within an hour</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Within a day</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Longer than a day</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Don't know how soon</p>
<p>123. ¿Qué hicieron cuando llegaron al lugar del hecho? ¿Alguna otra cosa?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>816 * 1 <input type="checkbox"/> Took report</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Searched/looked around</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Took evidence (fingerprints, inventory, etc.)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Questioned witnesses or suspects</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Promised surveillance</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Promised to investigate</p> <p>817 * 7 <input type="checkbox"/> Made arrest</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>124. ¿Tuvo Ud. u otros miembros de su hogar posteriores contactos con la policía?</p>	<p>818 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 125</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No } <i>SKIP to 128</i></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>125. ¿Les llamó la policía a Uds., o llamaron Uds. a ellos?</p>	<p>819 1 <input type="checkbox"/> Police contacted respondent or other HHLD member</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Respondent (or other HHLD member) contracted police</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Both</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____</p>
<p>126. ¿Se puso en contacto personalmente, por teléfono, o de otra manera?</p>	<p>820 1 <input type="checkbox"/> In person</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Not in person (by phone, mail, etc.)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Both in person and not in person</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>127. ¿Qué tipo de seguimiento hizo la policía en este incidente? ¿Otro tipo?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>821 * 1 <input type="checkbox"/> Took report</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Questioned witnesses or suspects</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Did or promised surveillance/investigation</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Recovered property</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Made arrest</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Stayed in touch with respondent/household</p> <p>822 * 7 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Nothing (to respondent's knowledge)</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Don't know</p>

128. ¿Firmó Ud. (o algún miembro de su hogar) una demanda legal contra el delincuente?	825 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
129. ASK OR VERIFY – Según la información que Ud. posee, ¿se ha detenido o presentado cargos contra alguien, en relación con este incidente?	826 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know
130. ¿Recibió Ud. (o alguien de su hogar) algún tipo de información o aviso de parte de algún ministerio o agencia, relacionadas con víctimas de delitos – que no fuese la policía?	827 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 131 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know } <i>SKIP to Check Item R</i>
131. ¿Era una agencia privada o del gobierno?	828 1 <input type="checkbox"/> Government 2 <input type="checkbox"/> Private 3 <input type="checkbox"/> Don't know
CHECK ITEM R Were the police informed? (Is "Yes" marked in 115 on page 15?)	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 132 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 135</i>
132. ¿Ha tenido Ud. (o algún miembro de su hogar) contacto con algún otro tipo de autoridad en relación a este hecho (por ejemplo, juzgado, abogado fiscal, o funcionario de delincuencia juvenil)?	829 1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 133 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know } <i>SKIP to 134</i>
133. ¿Qué tipo de autoridades? ¿Otros? <i>Mark (X) all that apply.</i>	830 1 <input type="checkbox"/> Prosecutor, district attorney * 2 <input type="checkbox"/> Magistrate 3 <input type="checkbox"/> Court 4 <input type="checkbox"/> Juvenile, probation or parole officer 5 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴ _____
134. ¿Espera que la policía, juzgados, u otro tipo de autoridades continuarán trabajando e investigando este incidente en el futuro?	831 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Specify</i> ↴ _____
135. ASK OR VERIFY – ¿Qué estaba Ud. haciendo cuando (ocurrió/empezó) este incidente? <i>Mark (X) only one box.</i> FIELD REPRESENTATIVE – <i>If proxy interview, replace "you" with the name of the person for whom the proxy interview is being taken in 135-173.</i>	832 1 <input type="checkbox"/> Working or on duty – <i>SKIP to 138a</i> 2 <input type="checkbox"/> On the way to or from work – <i>SKIP to Check Item S</i> 3 <input type="checkbox"/> On the way to or from school 4 <input type="checkbox"/> On the way to or from other place 5 <input type="checkbox"/> Shopping, errands 6 <input type="checkbox"/> Attending school 7 <input type="checkbox"/> Leisure activity away from home 8 <input type="checkbox"/> Sleeping 9 <input type="checkbox"/> Other activities at home 10 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴ _____
136. ASK OR VERIFY – ¿Tenía Ud. empleo cuando ocurrió el incidente?	840 1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>SKIP to Check Item S</i> 2 <input type="checkbox"/> No
137. ¿Qué era su ocupación principal en la semana del incidente? ¿Estaba Ud. buscando trabajo, haciendo quehaceres domésticos, asistiendo a la escuela, o haciendo alguna otra cosa? <i>Mark (X) only one box.</i>	841 1 <input type="checkbox"/> Looking for work . . . 2 <input type="checkbox"/> Keeping house 3 <input type="checkbox"/> Going to school 4 <input type="checkbox"/> Unable to work 5 <input type="checkbox"/> Retired 6 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> ↴ . } <i>SKIP to 151, page 19</i> _____

Notes

<p>138a. Ahora tengo algunas preguntas acerca del trabajo en el que usted trabajó cuando ocurrió el incidente.</p> <p>¿Estaba usted empleado por (<i>Read answer categories</i>) –</p>	<p>843</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Una compañía privada, negocio, o individuo a salario? – <i>Ask 138b</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> El gobierno Federal? } <i>SKIP to 138c</i></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Un Estado, condado, o gobierno local? }</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Usted mismo (Empleado propio) en su propio negocio, práctica profesional, o finca? – <i>Ask 138b</i></p> <p>5 <input type="checkbox"/> Una organización privada, sin fines de lucro, exempta de impuestos, o caricativa? – <i>Ask 138b</i></p>
<p>138b. ¿Es este negocio incorporado?</p>	<p>953</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>138c. ¿Cuál es el nombre de la (compañía/agencia de gobierno/negocio/organización sin fines de lucro) para la cual usted trabajó al momento del incidente?</p>	<p>954</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>138d. ¿Qué tipo de negocio o industria es este?</p> <p><i>Read if necessary: ¿Qué fabrican o qué hacen donde usted trabajó al momento del incidente?</i></p>	<p>955</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>138e. ¿Es principalmente. . . (<i>Read answer categories</i>) –</p> <p><i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>956</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Fabricación?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Comercio al por menor?</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Comercio al por mayor?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Alguna otra cosa?</p>
<p>138f. ¿Qué tipo de trabajo hacía usted, es decir cuál era su ocupación al momento del incidente?</p> <p>(<i>For example: plumber, typist, farmer</i>)</p>	<p>957</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>139. ¿Cuáles eran sus actividades o deberes usuales en este trabajo?</p>	<p>958</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>140. Mientras trabajaba en este trabajo, ¿trabajó usted mayormente en (<i>Read answer categories</i>) –</p>	<p>844</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Una ciudad?</p> <p>2 <input type="checkbox"/> En un suburbio?</p> <p>3 <input type="checkbox"/> En una área rural?</p> <p>4 <input type="checkbox"/> En una combinación de las anteriores?</p>
<p><i>ASK OR VERIFY –</i></p> <p>141a. ¿Ocurrió este incidente en su lugar de trabajo?</p>	<p>845</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Other – <i>Specify</i> _____</p>
<p>141b. ¿Trabaja usted usualmente días o noches?</p>	<p>846</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Days</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Nights</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Both days and nights/rotating shifts</p>
<p>142. ¿Es este su trabajo actual?</p>	<p>959</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>CHECK ITEMS Was the respondent injured in this incident? (Is box 2–11 marked in 31 on page 5?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes (Yes (injury marked in 31) – <i>Ask 143</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No (blank or None marked in 31) – <i>SKIP to 147</i></p>
<p>143. ¿Tuvo Ud. que faltar al trabajo debido al daño que le ocasionaron durante el incidente?</p>	<p>870</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 144</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 147</i></p>
<p>144. ¿Cuánto tiempo de trabajo perdió por el daño que le ocasionaron?</p>	<p>871</p> <p>_____ Number of days – <i>Ask 145</i></p> <p>0 <input type="checkbox"/> Less than one day – <i>SKIP to 147</i></p> <p>x <input type="checkbox"/> Don't know – <i>Ask 145</i></p>
<p>145. ¿Durante esos días, ¿dejó de recibir alguna parte de su sueldo que no fuese cubierta por su seguro por desempleo, días pagados por enfermedad, u otros recursos?</p>	<p>872</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes – <i>Ask 146</i></p> <p>2 <input type="checkbox"/> No – <i>SKIP to 147</i></p>
<p>146. ¿Cuánto perdió de su sueldo?</p>	<p>873</p> <p>\$ _____ . <input type="text" value="00"/> Amount of pay lost</p> <p>x <input type="checkbox"/> Don't know</p>

147. ¿Tuvo Ud. que faltar al trabajo alguna (otras) vez (veces) debido al incidente por razones tales como cooperar con una investigación de la policía, atestiguar en corte, o reparar la propiedad dañada o reemplazar la propiedad robada?

Mark (X) all that apply. If no time was lost for any of these reasons, mark None (box 6).

874 * 1 Police related activities
 2 Court related activities
 3 Repairing damaged property
 4 Replacing stolen items
 5 Other – Specify ↴

Ask 148

6 None (did not lose time from work for any of these reasons) – SKIP to 151

148. ¿Cuánto tiempo perdió en total por (name all reasons marked in 147)?

875 _____ Number of days – Ask 149

0 Less than one day – SKIP to 151
 x Don't know – Ask 149

149. ¿Durante esos días, ¿dejó de recibir alguna parte de su sueldo que no fuese cubierta por su seguro por desempleo, días pagados, u otros recursos?

876 1 Yes – Ask 150
 2 No – SKIP to 151

150. ¿Cuánto perdió de su sueldo?

877 \$ _____ . Amount of pay lost

x Don't know

151. ¿Estuvo algún (otro) miembro del hogar, de dieciséis años o más, ausente del trabajo debido a este incidente?

878 1 Yes – Ask 152
 2 No – SKIP to Check Item T

152. ¿En total, ¿cuánto tiempo estuvo ausente?

879 _____ Number of days

0 Less than one day
 x Don't know

CHECK ITEM T Was the respondent on the way to or from work, school, or some other place when the incident (happened/started)? (Is box 2, 3, or 4 marked in 135 on page 17?)

Yes – Ask 153
 No – SKIP to Check Item U

153. **ASK OR VERIFY –**
 ¿Ud. dijo que estaba de camino (a/de) (trabajo/la escuela/un lugar) cuando ocurrió este incidente.
 ¿Qué tipo de transporte usaba Ud.?
 Mark (X) only one box.

881 1 Car, truck or van
 2 Motorcycle
 3 Bicycle
 4 On foot
 5 School bus (private or public)
 6 Bus or trolley
 7 Subway or rapid transit
 8 Train
 9 Taxi
 10 Other – Specify ↴

CHECK ITEM U Is this incident part of a series of crimes? (Is box 2 (is a "series") marked in Check Item D on page 1?)

Yes – Ask 154
 No – SKIP to Item 161, page 21

154. ¿Usted me ha dicho del más reciente incidente. ¿Cuántas veces le pasó este tipo de cosas durante los últimos seis meses?

883 _____ Number of incidents – Ask 155

OR

Don't know – ¿Es ésto porque no hay manera de saber, o porque ocurrió demasiadas veces, o hay alguna otra razón?

884 1 No way of knowing
 2 Happened too many times
 3 Some other reason – Specify ↴

155. ¿Durante qué mes o qué meses ocurrieron estos incidentes?
 If more than one quarter involved, ASK ↴
 ¿Cuántas veces en (name months)?

FIELD REPRESENTATIVE – Enter number for each quarter as appropriate.

Number of incidents per quarter			
Jan., Feb., or March (Qtr. 1)	April, May, or June (Qtr. 2)	July, Aug., or Sept. (Qtr. 3)	Oct., Nov., or Dec. (Qtr. 4)
885 _____	886 _____	887 _____	888 _____

<p>156. ¿Ocurrieron todos, algunos, o ningunos de estos incidentes en el mismo lugar?</p> <p><i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>889</p> <p>1 <input type="checkbox"/> All in the same place 2 <input type="checkbox"/> Some in the same place 3 <input type="checkbox"/> None in the same place</p>
<p>157. ¿Estos incidentes fueron hechos todos, algunos, o ningunos por la misma persona?</p> <p><i>Mark (X) only one box.</i></p>	<p>890</p> <p>1 <input type="checkbox"/> All by same person 2 <input type="checkbox"/> Some by same person 3 <input type="checkbox"/> None by same person 4 <input type="checkbox"/> Don't know – <i>SKIP to 159</i></p>
<p>158. ¿Cuál era la relación del (de los) delincuente(s) con Ud.? ¿Por ejemplo, amigo(a), esposo(a), compañero(a) de clase, etc.?</p> <p><i>Mark (X) all that apply.</i></p>	<p>891</p> <p>* Relative</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Spouse at time of incident 2 <input type="checkbox"/> Ex-spouse at time of incident 3 <input type="checkbox"/> Parent or step-parent 4 <input type="checkbox"/> Other relative – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/> <p>Nonrelative</p> <p>892</p> <p>* 5 <input type="checkbox"/> Friend or ex-friend 6 <input type="checkbox"/> Neighbor 7 <input type="checkbox"/> Schoolmate 8 <input type="checkbox"/> Roommate, boarder 11 <input type="checkbox"/> Customer/client 12 <input type="checkbox"/> Patient 13 <input type="checkbox"/> Supervisor (current or former) 14 <input type="checkbox"/> Employee (current or former) 15 <input type="checkbox"/> Co-worker (current or former) 9 <input type="checkbox"/> Stranger 10 <input type="checkbox"/> Other nonrelative – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/>
<p>159. ¿Ocurrió lo mismo cada vez?</p>	<p>893</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No – ¿Como fue diferente el incidente?</p> <hr/>
<p>160. ¿Sigue todavía el problema?</p>	<p>894</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No – ¿Que lo terminó?</p> <hr/>
<p>CHECK ITEM V</p> <p>Mark the ONE category that best describes this series of crimes.</p> <p>If more than one category describes this series, mark the box with the lowest number.</p>	<p>895</p> <p>Contact crimes</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Completed or threatened violence in the course of the victim's job (police officer, security guard, psychiatric social worker, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Completed or threatened violence between spouses, other relatives, friends, neighbors, etc. 3 <input type="checkbox"/> Completed or threatened violence at school or on school property 4 <input type="checkbox"/> Other contact crimes (other violence, pocket picking, purse snatching, etc.) – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/> <p>Noncontact crimes</p> <p>5 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft of motor vehicles 6 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft of motor vehicle parts (tire, hubcap, battery, attached tape deck, etc.) 7 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft of contents of motor vehicle, including unattached parts 8 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft at school or on school property 9 <input type="checkbox"/> Illegal entry of, or attempt to enter, victim's home, other building on property, second home, hotel, motel 10 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft from victim's home or vicinity by person(s) known to victim (roommate, babysitter, etc.) 11 <input type="checkbox"/> Theft or attempted theft from victim's home or vicinity by person(s) unknown to victim 12 <input type="checkbox"/> Other theft or attempted theft (at work, while shopping, etc.) – <i>Specify</i> ↴</p> <hr/>

161. Los crímenes de odio o debidos a prejuicios o intolerancia ocurren cuando [un/os ofensor/ofensores] elige(n) como su objetivo algunas personas debido a una o más de sus características o creencias religiosas.

¿Tiene usted alguna razón para sospechar que el vandalismo que acabamos de discutir fue un crimen de odio o debido a prejuicios o intolerancia?

- 910 1 Yes – Ask 162
 2 No } SKIP to Check Item V3
 3 Don't know }

162. Un/os ofensor/Ofensores puede(en) elegir como su objetivo a personas por una variedad de razones, sin embargo en el día de hoy tan sólo le preguntaremos acerca de algunas. ¿sospecha usted que el/los agresor(es) lo ha(n) elegido a usted debido a...

- (a) Su raza? 896 1 Yes 2 No 3 Don't know
 (b) Su religión? 897 1 Yes 2 No 3 Don't know
 (c) Su desendeucia étnica u origen nacional (por ejemplo personas de origen hispano)? 898 1 Yes 2 No 3 Don't know
 (d) Alguna incapacidad (con esto me refiero a incapacidad(es) física(s), mental, o de desarrollo) que usted tenga? 899 1 Yes 2 No 3 Don't know
 (e) Su sexo? 900 1 Yes 2 No 3 Don't know
 (f) Su orientación sexual? 901 1 Yes 2 No 3 Don't know
 If "Yes," SAY — (con esto me refiero a homosexual, bisexual, o heterosexual)

163. Hay algunos agresores que eligen como objetivo a personas porque se relacionan con ciertas personas o el/los ofensor(es) percibe/n que ellos poseen ciertas características o creencias religiosas.

¿Sospecha usted que fue blanco del ataque debido a...

- (a) Su relación con personas que poseen ciertas características o creencias religiosas (por ejemplo, una pareja multi-racial)? 911 1 Yes – Specify 2 No 3 Don't know
 912 _____
 (b) La percepción del/de los ofensor(es) de sus características o creencias religiosas (por ejemplo, el/lo ofensor(es) pensó/aron que usted era judío porque usted entró a una sinagoga)? 913 1 Yes – Specify 2 No 3 Don't know
 914 _____

CHECK ITEM V2

Are one or more boxes marked "Yes" in 162 OR 163?

- Yes – Ask 164
 No – SKIP to Check Item V3

164. ¿Tiene usted alguna evidencia de que el vandalismo fue un crimen de odio o debido a prejuicios o intolerancia?

If "No" or "Don't know," ASK —

El/Los ofensor(es) dijo/eron algo, escribió/eron algo, o dejó/aron algo en la escena del delito que sugiere que usted fuera blanco del ataque debido a sus características o creencias religiosas?

- 915 1 Yes – Ask 165
 2 No } SKIP to Check Item V3
 3 Don't know }

<p>165. Las preguntas a continuación son acerca de la evidencia que usted tiene que lo hacen sospechar de que este vandalismo fue un crimen de odio o debido a prejuicios o intolerancia. Según le vaya leyendo las próximas preguntas por favor dígame si algo de lo que sigue ocurrió:</p> <p>(a) El/Los ofensor(es), ¿se burló/aron de usted, hizo/hicieron comentarios negativos, usó/usaron jerga (lenguaje peculiar de un grupo), palabras hirientes, o lenguaje abusivo?</p> <p>(b) ¿Había presentes en la escena del delito símbolos de odio que indicaran que el/los ofensor(es) lo eligió/eron a usted por una razón en particular (por ejemplo, una esvástica, símbolos escritos en las paredes de un templo, una cruz, encendida, o palabras escritas)?</p> <p>(c) ¿Confirмо la investigación policiaca que el/los ofensor(es) lo eligiera/n a usted (por ejemplo, confesó el/los ofensor(es) algún motivo, o encontró la policía libros, diarios, o retratos que indicaran que el/los ofensor(es) [estaba/estaban] prejuiciado(s) en contra de personas con ciertas características o creencias religiosas) . . .</p> <p>(d) ¿Sabe usted si el/los ofensor(es) [ha/han] cometido crímenes, de odio o debido a prejuicios o intolerancia, similares en el pasado?</p> <p>(e) ¿Ocurrió el vandalismo en o cerca de un día de fiesta, evento, localización, lugar de reunión, o edificio comunmente asociado con un grupo específico (por ejemplo, la marcha de homosexuales, en una sinagoga, iglesia coreana, o una barra homosexual)?</p> <p>(f) ¿Le han ocurrido a usted, o en su área/vecindario, otros crímenes de odio o debido a prejuicio o intolerancia, en los cuales algunas personas hayan sido blanco de algún ataque?</p> <p>(g) ¿Le llevan sus sentimientos, instintos, o percepción a sospechar de que este vandalismo fue un crimen de odio o debido a prejuicio o intolerancia, pero no tiene usted evidencia suficiente para estar seguro(a) de esto?</p>	<p>916 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>917 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>918 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>919 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>920 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>921 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p> <p>922 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know</p>
<p>166. En algún momento, ¿le dijo a la policía que creía usted que el incidente fue un crimen de odio o debido a prejuicio o intolerancia?</p>	<p>908 1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No</p>

Notes

CHECK ITEM V3	Is this the first incident reported for this respondent?	925	<input type="checkbox"/> Yes – SKIP to INTRO <input type="checkbox"/> No – Fill Check Item V4																																																
CHECK ITEM V4	Is Check Item V5 marked "Yes" for ANY incidents already reported for this respondent? (That is, has the respondent indicated that he/she has a health condition or disability?)	926	<input type="checkbox"/> Yes – SKIP to 172 <input type="checkbox"/> No – SKIP to Check Item W																																																
FIELD REPRESENTATIVES – Read Introduction																																																			
INTRO: Las investigaciones han revelado que personas con minusvalidez o discapacidad pueden correr más riesgo de ser víctimas de un crimen. Las siguientes preguntas son acerca de cualquier condición de salud, impedimentos, o incapacidades que usted pueda tener.																																																			
167. ¿Impide actualmente alguna condición mental de usted, participar por completo en el trabajo, la escuela, o algunas otras actividades?	927	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know																																																	
168. ¿Padece usted de cualquiera de las siguientes: (Read categories a-c below.)																																																			
(a) una incapacidad intelectual tal como retraso mental o síndrome de Down? . . .	928	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No	3 <input type="checkbox"/> Don't know																																															
(b) Autismo?	929	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No	3 <input type="checkbox"/> Don't know																																															
(c) Parálisis cerebral?	930	1 <input type="checkbox"/> Yes	2 <input type="checkbox"/> No	3 <input type="checkbox"/> Don't know																																															
169. ¿Ha sufrido usted alguna vez de un derrame, tumor cerebral, o cualquier tipo de lesión cerebral que cause que usted tenga dificultad en pensar, en concentrarse, o en tomar decisiones?	931	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know																																																	
170. Aparte de cualquiera que ya haya mencionado, ¿tiene usted alguna condición SERIA incapacitante? PROBE: ¿Algo más?	932	1 <input type="checkbox"/> Yes – Specify _____ 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know																																																	
FIELD REPRESENTATIVES – If "Yes" list up to 3 different conditions reported by respondent. Do not repeat conditions.	933	_____ (First Condition) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
	934	_____ (Second Condition) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
	935	_____ (Third Condition) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
171. Voy a leerle un listado de actividades. Según leo cada actividad, por favor dígame si usted ha tenido dificultad o necesita ayuda, en ningún momento, a veces, la mayor parte de las veces, o todo el tiempo:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>None of the time</th> <th>Some of the time</th> <th>Most of the time</th> <th>All of the time</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(a) ¿El cuidando propio, tal como bañarse, vestirse, o comer?</td> <td>936</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(b) ¿La comunicación, como hablar o escuchar a otras personas?</td> <td>937</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(c) ¿Aprender nuevas destrezas o actividades?</td> <td>938</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(d) ¿Respecto a la movilidad, tal como doblarse, caminar, o subir escaleras?</td> <td>939</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(e) ¿La toma de decisiones importantes por su propia cuenta acerca de su cuidado de salud, educación, o carrera?</td> <td>940</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(f) ¿Vivir independientemente, tal como preparar comidas, cumplir sus quehaceres domésticos, o comprar alimentos y artículos personales? . . .</td> <td>941</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(g) ¿El manejo de las finanzas propias tal como llevar cuenta del dinero o el pago de cuentas?</td> <td>942</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					None of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time	(a) ¿El cuidando propio, tal como bañarse, vestirse, o comer?	936	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(b) ¿La comunicación, como hablar o escuchar a otras personas?	937	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(c) ¿Aprender nuevas destrezas o actividades?	938	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(d) ¿Respecto a la movilidad, tal como doblarse, caminar, o subir escaleras?	939	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(e) ¿La toma de decisiones importantes por su propia cuenta acerca de su cuidado de salud, educación, o carrera?	940	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(f) ¿Vivir independientemente, tal como preparar comidas, cumplir sus quehaceres domésticos, o comprar alimentos y artículos personales? . . .	941	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	(g) ¿El manejo de las finanzas propias tal como llevar cuenta del dinero o el pago de cuentas?	942	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	None of the time	Some of the time	Most of the time	All of the time																																															
(a) ¿El cuidando propio, tal como bañarse, vestirse, o comer?	936	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(b) ¿La comunicación, como hablar o escuchar a otras personas?	937	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(c) ¿Aprender nuevas destrezas o actividades?	938	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(d) ¿Respecto a la movilidad, tal como doblarse, caminar, o subir escaleras?	939	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(e) ¿La toma de decisiones importantes por su propia cuenta acerca de su cuidado de salud, educación, o carrera?	940	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(f) ¿Vivir independientemente, tal como preparar comidas, cumplir sus quehaceres domésticos, o comprar alimentos y artículos personales? . . .	941	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
(g) ¿El manejo de las finanzas propias tal como llevar cuenta del dinero o el pago de cuentas?	942	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																														
CHECK ITEM V5	Is box 1 marked in any of 167 through 170? (That is, has the respondent indicated that he/she has a health condition or disability?)	943	<input type="checkbox"/> Yes – Ask 172 <input type="checkbox"/> No – SKIP to Check Item W																																																
172. Durante el incidente que usted me acaba de relatar, ¿tiene usted razón de sospechar que usted fue victimizado(a) debido a su(s) condición(es) de salud, impedimento(s), o incapacidad(es)?	944	1 <input type="checkbox"/> Yes – Ask 173 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Don't know . . . } SKIP to Check Item W																																																	

Notes

Notes