



La Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS EE.UU.
Administración de Economía y Estadísticas
OFICINA DEL CENSO DE LOS EE.UU.



Por favor, complete este cuestionario y devuélvalo tan pronto como sea posible después de recibirlo por correo.

Este cuestionario pide información sobre las personas que viven o se quedan en la dirección en la etiqueta. También pide información sobre la casa, apartamento o casa móvil ubicada en la dirección que se indica en la etiqueta.



Si necesita ayuda o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este cuestionario, por favor, llame al 1-877-833-5625. La llamada telefónica es gratis.

Aparato telefónico para las personas con impedimentos auditivos (TDD, por sus siglas en inglés):

Llame al 1-800-786-9448. La llamada telefónica es gratis.

NEED HELP? If you speak English and need help completing this form, call toll-free **1-800-717-7381**.

Para más información sobre la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, vaya a nuestra página en la Internet:
<http://www.census.gov/acs/www/>

U S C E N S U S B U R E A U



Comience Aquí

➔ **Por favor, escriba la fecha de hoy en letra de molde.**

Mes	Día	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➔ **Por favor, escriba en letra de molde el nombre y número de teléfono de la persona que está completando este cuestionario.** Puede que nos comuniquemos con usted si tenemos alguna pregunta.

Apellido		
<input type="text"/>		
Nombre	Inicial	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código de área y número de teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➔ **¿Cuántas personas están viviendo o quedándose en esta dirección?**

- **INCLUYA** a todas las personas que viven o se quedan aquí por más de 2 meses.
- **INCLUYASE** a usted mismo si vive aquí por más de dos meses.
- **INCLUYA** a cualquier otra persona que se queda aquí que no tiene otro lugar dónde quedarse, aunque esté aquí por 2 meses o menos.
- **NO INCLUYA** a cualquier persona que viva en otro lugar por más de 2 meses, tal como un estudiante universitario que vive en otro lugar o personal de las Fuerzas Armadas que se ha activado.

Número de personas

➔ **Complete las páginas 2, 3 y 4 para todas las personas, incluyéndose a usted mismo, que estén viviendo o quedándose en esta dirección por más de 2 meses. Luego, complete el resto del cuestionario.**

FORMA **ACS-1(2008)(SP)KFI**
(06-07-2007)

Núm. de OMB 0607-0810

Persona 1

(Persona 1 es la persona que está viviendo o quedándose aquí que es dueña de esta casa o apartamento, o lo está comprando o alquilando. Si no existe tal persona, comience con el nombre de cualquier adulto que está viviendo o quedándose aquí.)

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 1?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

2 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1?

Persona 1

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 1? Marque (X) UNA casilla

Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 1 y cuál es su fecha de nacimiento?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 5 sobre origen latino y la Pregunta 6 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

5 ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 1? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴

Persona 2

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 2?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

2 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1?

Marque (X) UNA casilla.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo de crianza (foster) |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 2? Marque (X) UNA casilla

Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 2 y cuál es su fecha de nacimiento?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 5 sobre origen latino y la Pregunta 6 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

5 ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 2? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴



Persona 3

Persona 4

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 3?
 Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

2 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1?
 Marque (X) UNA casilla.

<input type="checkbox"/> Espos(a)	<input type="checkbox"/> Yerno o nuera
<input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a)	<input type="checkbox"/> Otro pariente
<input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a)	<input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a)
<input type="checkbox"/> Hijastro(a)	<input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa o de cuarto
<input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input type="checkbox"/> Pareja no casada
<input type="checkbox"/> Padre o madre	<input type="checkbox"/> Hijo de crianza (foster)
<input type="checkbox"/> Nieto(a)	<input type="checkbox"/> Otro no pariente
<input type="checkbox"/> Suegro(a)	

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 3? Marque (X) UNA casilla
 Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 3 y cuál es su fecha de nacimiento?
 Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año.
 Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años)	Mes	Día	Año de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?
 NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 5 sobre origen latino y la Pregunta 6 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

- No, no es de origen hispano, latino o español
 Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc. ↴
-

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 3? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
 Negra o africana americana
 India americana o nativa de Alaska – Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal. ↴
-

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc. ↴ | |
-

- Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↴
-

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 4?
 Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

2 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1?
 Marque (X) UNA casilla.

<input type="checkbox"/> Espos(a)	<input type="checkbox"/> Yerno o nuera
<input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a)	<input type="checkbox"/> Otro pariente
<input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a)	<input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a)
<input type="checkbox"/> Hijastro(a)	<input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa o de cuarto
<input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input type="checkbox"/> Pareja no casada
<input type="checkbox"/> Padre o madre	<input type="checkbox"/> Hijo de crianza (foster)
<input type="checkbox"/> Nieto(a)	<input type="checkbox"/> Otro no pariente
<input type="checkbox"/> Suegro(a)	

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 4? Marque (X) UNA casilla
 Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 4 y cuál es su fecha de nacimiento?
 Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año.
 Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años)	Mes	Día	Año de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?
 NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 5 sobre origen latino y la Pregunta 6 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

- No, no es de origen hispano, latino o español
 Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc. ↴
-

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 4? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
 Negra o africana americana
 India americana o nativa de Alaska – Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal. ↴
-

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc. ↴ | |
-

- Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↴
-



Persona 5

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 5?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

2 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1?

Marque (X) UNA casilla.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo de crianza (foster) |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 5? Marque (X) UNA casilla

- Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 1 y cuál es su fecha de nacimiento?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 5 sobre origen latino y la Pregunta 6 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

5 ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc. ↗
-

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 5? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal. ↗
-

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↗ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc. ↗ | |

- Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↗
-

→ Si hay más de cinco personas que están viviendo o quedándose aquí, escriba sus nombres en letra de molde en los espacios para las personas de la 6 a la 12. Es posible que lo llamemos para obtener más información sobre ellos. ↗

Persona 6

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 7

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 8

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 9

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 10

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 11

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)

Persona 12

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) Nombre Inicial

Sexo Masculino Femenino Edad (en años)



Vivienda



Información sobre la vivienda ayuda a su comunidad a planear servicios de policía y de bomberos.

→ Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre la casa, apartamento o casa móvil en la dirección indicada en la etiqueta.

- 1 ¿Cuál describe mejor este edificio?**
Incluya todos los apartamentos, pisos, etc. aunque estén desocupados.
- Una casa móvil
- Una casa para una sola familia separada de cualquier otra casa
- Una casa para una sola familia unida a una o más casas
- Un edificio con 2 apartamentos
- Un edificio con 3 ó 4 apartamentos
- Un edificio con 5 a 9 apartamentos
- Un edificio con 10 a 19 apartamentos
- Un edificio con 20 a 49 apartamentos
- Un edificio con 50 apartamentos o más
- Bote, vehículo recreativo, van, etc.

2 Aproximadamente, ¿cuándo se construyó originalmente este edificio?

- 2000 ó después –
Especifique el año →

- 1990 a 1999
- 1980 a 1989
- 1970 a 1979
- 1960 a 1969
- 1950 a 1959
- 1940 a 1949
- 1939 ó antes

3 ¿Cuándo se mudó la Persona 1 (listada en la página 2) a esta casa, apartamento o casa móvil?

Mes Año

A Conteste las preguntas 4 a 6 si ésta es una CASA O CASA MÓVIL; de lo contrario, PASE a la pregunta 7a.

4 ¿En cuantos acres está situada esta casa o casa móvil?

- Menos de un acre → PASE a la pregunta 6
- 1 a 9.9 acres
- 10 acres o más

5 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el total de las ventas realizadas de todos los productos agrícolas de esta propiedad?

- Cero
- \$1 a \$999
- \$1,000 a \$2,499
- \$2,500 a \$4,999
- \$5,000 a \$9,999
- \$10,000 ó más

6 ¿Hay un negocio (tal como una tienda o barbería) u oficina médica en esta propiedad?

- Sí
- No

7 a. ¿Cuántos cuartos individuales hay en esta casa, apartamento o casa móvil?

Los cuartos deben estar separados por arcos o paredes que se extienden hacia fuera por lo menos seis pulgadas y van desde el piso hasta el techo.

- INCLUYA dormitorios, cocinas, etc.
- EXCLUYA baños, terrazas, balcones, entradas, pasillos o sótanos sin terminar.

Número de cuartos

b. ¿Cuántos de estos cuartos son dormitorios? Cuente como dormitorios los cuartos que usted listaría si esta casa, apartamento o casa móvil estuviera a la venta o para alquiler. Si es un estudio/apartamento sin dormitorios separados, escriba "0".

Número de dormitorios

8 ¿Tiene esta casa, apartamento o casa móvil –

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. agua por tubería caliente y fría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. un inodoro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. una bañera o ducha? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. fregadero con grifo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. una estufa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. un refrigerador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio telefónico desde el cual usted puede hacer y recibir llamadas? Incluya teléfonos celulares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 ¿Cuántos automóviles, vans o camiones con capacidad para una carga de una tonelada o menos se guardan en la casa para uso de los miembros de este hogar?

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ó más

10 ¿Cuál COMBUSTIBLE es el que MÁS se utiliza para calentar esta casa, apartamento o casa móvil?

- Gas de una tubería subterránea que sirve al vecindario
- Gas embotellado, en tanque o LP
- Electricidad
- Aceite combustible, queroseno, etc.
- Carbón o coque
- Leña
- Energía solar
- Otro combustible
- No se utiliza combustible



Persona 1

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 1 que aparece en la página 2. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicial

7 ¿Dónde nació esta persona?

En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, Puerto Rico, Guam, etc.*

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU

Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *escriba el año de naturalización*

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? *Escriba los números en los cuadrados.*

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona a una escuela o universidad? *Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.*

No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*

Sí, escuela pública, universidad pública

Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UN cuadrado.*

Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

Kindergarten

Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)

Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha COMPLETADO? *Marque (X) UN cuadrado. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.*

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

Guardería infantil (nursery school)

Kindergarten

Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

12mo. grado, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

Diploma de escuela secundaria

GED o credencial alternativa

ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

1 año o más de créditos universitarios, sin título

Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)

Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

Título profesional más allá de un título de bachiller (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

12 ¿Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana y así por el estilo.)

13 a. ¿Habla esta persona en su hogar un idioma que no sea inglés?

Sí

No → *PASE a la pregunta 14a*

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

Muy bien

Bien

No bien

No habla inglés

14 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamento hace 1 año?

Persona es menor de 1 año de edad → *PASE a la pregunta 15*

Sí, en esta casa → *PASE a la pregunta 15*

No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

No, en una casa diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal



Persona 1 (continuación)

15 ¿Está esta persona **ACTUALMENTE** cubierta por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico - <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

F Conteste las preguntas 17a - c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 12.

17 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

G Conteste la pregunta 18 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 12.

18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias sola, tales como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

19 What is this person's marital status?

- Casada actualmente
 Viuda
 Divorciada
 Separada
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **H**

20 En los pasados 12 meses, esta persona -

- | | Sí | No |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

22 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?

Año

H Conteste la pregunta 23 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 20 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

23 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

24 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

b. ¿Es este(a) abuelo(a) actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

c. ¿Cuánto tiempo hace que este(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

25 ¿Ha estado esta persona alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE la pregunta 28a



Persona 1 (continuación)

26 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un cuadrado por CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Septiembre del 1980 a julio del 1990
- Mayo del 1975 a agosto del 1980
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Marzo del 1961 a julio del 1964
- Febrero del 1955 a febrero del 1961
- La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 28a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más

28 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 29
- No – No trabajó (o está retirada)

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 34a

29 ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde él o ella trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) el cuadrado correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

31 ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

32 ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora	Minutos	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> p.m.

33 ¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

J Conteste las preguntas 34 – 37 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

34 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 34c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 37
- No → PASE a la pregunta 35

c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 36
- No

35 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 37

36 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporal propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

37 ¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la pregunta 40
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46



Persona 2

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 2 que aparece en la página 2. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicial

7 ¿Dónde nació esta persona?

En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, Puerto Rico, Guam, etc.*

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU

Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *escriba el año de naturalización*

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? *Escriba los números en los cuadrados.*

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona a una escuela o universidad? *Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.*

No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*

Sí, escuela pública, universidad pública

Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UN cuadrado.*

Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

Kindergarten

Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)

Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha COMPLETADO? *Marque (X) UN cuadrado. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.*

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

Guardería infantil (nursery school)

Kindergarten

Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

12mo. grado, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

Diploma de escuela secundaria

GED o credencial alternativa

ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

1 año o más de créditos universitarios, sin título

Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)

Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

Título profesional más allá de un título de bachiller (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

12 ¿Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana y así por el estilo.)

13 a. ¿Habla esta persona en su hogar un idioma que no sea inglés?

Sí

No → *PASE a la pregunta 14a*

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

Muy bien

Bien

No bien

No habla inglés

14 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamento hace 1 año?

Persona es menor de 1 año de edad → *PASE a la pregunta 15*

Sí, en esta casa → *PASE a la pregunta 15*

No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

No, en una casa diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal



Persona 2 (continuación)

15 ¿Está esta persona **ACTUALMENTE** cubierta por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico - <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

F Conteste las preguntas 17a - c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 3 en la página 16.

17 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

G Conteste la pregunta 18 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 3 en la página 16.

18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias sola, tales como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

19 What is this person's marital status?

- Casada actualmente
 Viuda
 Divorciada
 Separada
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **H**

20 En los pasados 12 meses, esta persona -

- | | Sí | No |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

22 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?

Año

H Conteste la pregunta 23 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 20 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

23 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

24 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

b. ¿Es este(a) abuelo(a) actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

c. ¿Cuánto tiempo hace que este(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

25 ¿Ha estado esta persona alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE la pregunta 28a



Persona 2 (continuación)

26 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un cuadrado por CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Septiembre del 1980 a julio del 1990
- Mayo del 1975 a agosto del 1980
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Marzo del 1961 a julio del 1964
- Febrero del 1955 a febrero del 1961
- La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 28a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más

28 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 29
- No – No trabajó (o está retirada)

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 34a

29 ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde él o ella trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) el cuadrado correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

31 ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

32 ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora	Minutos	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> p.m.

33 ¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

J Conteste las preguntas 34 – 37 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

34 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 34c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 37
- No → PASE a la pregunta 35

c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 36
- No

35 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 37

36 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporal propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

37 ¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la pregunta 40
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46



Persona 3

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 3 que aparece en la página 3. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicial

7 ¿Dónde nació esta persona?

En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, Puerto Rico, Guam, etc.*

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU

Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *escriba el año de naturalización*

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? *Escriba los números en los cuadrados.*

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona a una escuela o universidad? *Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.*

No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*

Sí, escuela pública, universidad pública

Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UN cuadrado.*

Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

Kindergarten

Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)

Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha COMPLETADO? *Marque (X) UN cuadrado. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.*

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

Guardería infantil (nursery school)

Kindergarten

Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

12mo. grado, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

Diploma de escuela secundaria

GED o credencial alternativa

ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

1 año o más de créditos universitarios, sin título

Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)

Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

Título profesional más allá de un título de bachiller (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

12 ¿Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana y así por el estilo.)

13 a. ¿Habla esta persona en su hogar un idioma que no sea inglés?

Sí

No → *PASE a la pregunta 14a*

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

Muy bien

Bien

No bien

No habla inglés

14 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamento hace 1 año?

Persona es menor de 1 año de edad → *PASE a la pregunta 15*

Sí, en esta casa → *PASE a la pregunta 15*

No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

No, en una casa diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal



Persona 3 (continuación)

15 ¿Está esta persona **ACTUALMENTE** cubierta por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico - <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

F Conteste las preguntas 17a - c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 4 en la página 20.

17 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

G Conteste la pregunta 18 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 4 en la página 20.

18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias sola, tales como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

19 What is this person's marital status?

- Casada actualmente
 Viuda
 Divorciada
 Separada
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **H**

20 En los pasados 12 meses, esta persona -

- | | Sí | No |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

22 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?

Año

H Conteste la pregunta 23 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 20 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

23 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

24 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

b. ¿Es este(a) abuelo(a) actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

c. ¿Cuánto tiempo hace que este(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

25 ¿Ha estado esta persona alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE la pregunta 28a



Persona 3 (continuación)

26 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un cuadrado por CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Septiembre del 1980 a julio del 1990
- Mayo del 1975 a agosto del 1980
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Marzo del 1961 a julio del 1964
- Febrero del 1955 a febrero del 1961
- La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 28a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más

28 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 29
- No – No trabajó (o está retirada)

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 34a

29 ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde él o ella trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) el cuadrado correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

31 ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

32 ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora	Minutos	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> p.m.

33 ¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

J Conteste las preguntas 34 – 37 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

34 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 34c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 37
- No → PASE a la pregunta 35

c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 36
- No

35 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 37

36 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporal propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

37 ¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la pregunta 40
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46



Persona 4

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 4 que aparece en la página 3. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicial

7 ¿Dónde nació esta persona?

En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, Puerto Rico, Guam, etc.*

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU

Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *escriba el año de naturalización*

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? *Escriba los números en los cuadrados.*

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona a una escuela o universidad? *Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.*

No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*

Sí, escuela pública, universidad pública

Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UN cuadrado.*

Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

Kindergarten

Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)

Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha COMPLETADO? *Marque (X) UN cuadrado. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.*

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

Guardería infantil (nursery school)

Kindergarten

Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

12mo. grado, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

Diploma de escuela secundaria

GED o credencial alternativa

ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

1 año o más de créditos universitarios, sin título

Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)

Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

Título profesional más allá de un título de bachiller (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

12 ¿Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana y así por el estilo.)

13 a. ¿Habla esta persona en su hogar un idioma que no sea inglés?

Sí

No → *PASE a la pregunta 14a*

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

Muy bien

Bien

No bien

No habla inglés

14 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamento hace 1 año?

Persona es menor de 1 año de edad → *PASE a la pregunta 15*

Sí, en esta casa → *PASE a la pregunta 15*

No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

No, en una casa diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal



Persona 4 (continuación)

15 ¿Está esta persona **ACTUALMENTE** cubierta por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico - <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

F Conteste las preguntas 17a - c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 5 en la página 24.

17 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

G Conteste la pregunta 18 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 5 en la página 24.

18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias sola, tales como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

19 What is this person's marital status?

- Casada actualmente
 Viuda
 Divorciada
 Separada
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **H**

20 En los pasados 12 meses, esta persona -

- | | Sí | No |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

22 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?

Año

H Conteste la pregunta 23 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 20 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

23 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

24 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

b. ¿Es este(a) abuelo(a) actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

c. ¿Cuánto tiempo hace que este(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

25 ¿Ha estado esta persona alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE la pregunta 28a



Persona 4 (continuación)

26 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un cuadrado por CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Septiembre del 1980 a julio del 1990
- Mayo del 1975 a agosto del 1980
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Marzo del 1961 a julio del 1964
- Febrero del 1955 a febrero del 1961
- La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 28a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más

28 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 29
- No – No trabajó (o está retirada)

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 34a

29 ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde él o ella trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) el cuadrado correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

31 ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

32 ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora	Minutos	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> p.m.

33 ¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

J Conteste las preguntas 34 – 37 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

34 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 34c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 37
- No → PASE a la pregunta 35

c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 36
- No

35 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 37

36 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporal propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

37 ¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la pregunta 40
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46



Persona 5

- ➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 5 que aparece en la página 4. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicial

- 7 ¿Dónde nació esta persona?**

- En los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del estado.*

- Fuera de los Estados Unidos – *Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, Puerto Rico, Guam, etc.*

- 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?**

- Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

- Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte

- Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU

- Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *escriba el año de naturalización*

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

- 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Escriba los números en los cuadrados.**

Año

- 10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona a una escuela o universidad?**

Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela secundaria (high school) o título universitario.

- No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*
- Sí, escuela pública, universidad pública
- Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

- b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? Marque (X) UN cuadrado.**

- Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

- Kindergarten

- Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

- Estudios universitarios a nivel de bachillerato (freshman a senior)

- Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

- 11 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que esta persona ha COMPLETADO? Marque (X) UN cuadrado. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.**

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

- Guardería infantil (nursery school)

- Kindergarten

- Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

- 12mo. grado, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

- Diploma de escuela secundaria

- GED o credencial alternativa

ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

- Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios

- 1 año o más de créditos universitarios, sin título

- Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)

- Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

- Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

- Título profesional más allá de un título de bachiller (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

- Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

- 12 ¿Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?**

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana y así por el estilo.)

- 13 a. ¿Habla esta persona en su hogar un idioma que no sea inglés?**

- Sí
- No → *PASE a la pregunta 14a*

- b. ¿Qué idioma es ese?**

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

- c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?**

- Muy bien
- Bien
- No bien
- No habla inglés

- 14 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamento hace 1 año?**

- Persona es menor de 1 año de edad → *PASE a la pregunta 15*

- Sí, en esta casa → *PASE a la pregunta 15*

- No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

- No, en una casa diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

- b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?**

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal



Persona 5 (continuación)

15 ¿Está esta persona **ACTUALMENTE** cubierta por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico - <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

F Conteste las preguntas 17a - c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las instrucciones de envío en la página 28.

17 a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
 No

b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

G Conteste la pregunta 18 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las instrucciones de envío en la página 28.

18 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias sola, tales como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí
 No

19 What is this person's marital status?

- Casada actualmente
 Viuda
 Divorciada
 Separada
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **H**

20 En los pasados 12 meses, esta persona -

- | | Sí | No |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. se casó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enviudó | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. se divorció | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

22 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?

Año

H Conteste la pregunta 23 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 20 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

23 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

24 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

b. ¿Es este(a) abuelo(a) actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en esta casa o apartamento?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

c. ¿Cuánto tiempo hace que este(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

- Menos de 6 meses
 6 a 11 meses
 1 ó 2 años
 3 ó 4 años
 5 años o más

25 ¿Ha estado esta persona alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar, o la Guardia Nacional, pero Sí incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE la pregunta 28a



Persona 5 (continuación)

26 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un cuadrado por CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Septiembre del 1980 a julio del 1990
- Mayo del 1975 a agosto del 1980
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Marzo del 1961 a julio del 1964
- Febrero del 1955 a febrero del 1961
- La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 28a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

- 0 por ciento
- 10 ó 20 por ciento
- 30 ó 40 por ciento
- 50 ó 60 por ciento
- 70 por ciento o más

28 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?

- Sí → PASE a la pregunta 29
- No – No trabajó (o está retirada)

b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 34a

29 ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde él o ella trabajó la mayor parte de la semana.

a. Dirección
Nombre de urbanización o condominio
Número y nombre de la calle

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.

b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?

- Sí
- No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

d. Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) el cuadrado correspondiente al que utilizó por más distancia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

31 ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

32 ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora	Minutos	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> p.m.

33 ¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

J Conteste las preguntas 34 – 37 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

34 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 34c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 37
- No → PASE a la pregunta 35

c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?

- Sí → PASE a la pregunta 36
- No

35 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → PASE a la pregunta 37

36 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?

- Sí, hubiera podido ir a trabajar
- No, debido a una enfermedad temporal propia
- No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)

37 ¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- Dentro de los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la pregunta 40
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46



Instrucciones sobre envío por correo

→ Por favor, asegúrese de que ha...

- listado todos los nombres y contestado todas las preguntas en las páginas 2, 3 y 4.
- contestado todas las preguntas sobre Vivienda
- contestado todas las preguntas sobre Personas para cada persona.

→ Entonces...

- coloque el cuestionario completado en el sobre de envío con el franqueo pagado. Si el sobre se ha extraviado, envíe el cuestionario por correo a:

**U.S. Census Bureau
P.O. Box 5240
Jeffersonville, IN 47199-5240**

- asegúrese de que el código de barras encima de su dirección está visible en la ventanilla del sobre.

Gracias por participar en la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense.

Para Uso del Negociado del Censo

POP

EDIT

PHONE

JIC1

JIC2

EDIT CLERK

TELEPHONE CLERK

JIC3

JIC4

La Oficina del Censo estima que, al hogar típico, le tomará 38 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD – 3K138, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a Paperwork@census.gov: escriba "Paperwork Project 0607-0810" en el espacio para el tema. Use el sobre predirigido adjunto para devolver su cuestionario completado.

No se requiere que las personas respondan a ninguna recopilación de información a menos que ésta tenga un número válido aprobado de la Oficina de Administración y Presupuesto. Este número de 8 dígitos se encuentra en la parte inferior derecha de la cubierta de este cuestionario.

Form ACS-1(2008)(SP)KFI (06-07-2007)

