

GRUPO DE ENFOQUE
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES

Por favor no incluya su nombre o dirección en este formulario. La información solamente será usada para hacer un resumen de la información de participantes en esta reunión.

LOCALIDAD: _____ FECHA/HORA: _____

1. Por favor indique su sexo.

MARQUE UNO

- 1 Hombre
2 Mujer

2. Por favor indique su edad.

MARQUE UNO

- 1 18 - 24 años
2 24 - 34 años
3 35 - 44 años
4 45 - 59 años
6 60 años o más

3. Yo soy:

MARQUE UNO

- 1 Hispano(a) o Latino(a)
2 No soy Hispano(a) o Latino(a)

4. Me considero:

MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN

- 1 Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska
2 Asiático(a)
3 Negro o Africano(a) Americano(a)
4 Nativo(a) de Hawái o Otra Isla del Pacífico
5 Blanco(a)

5. Mi estado civil es:

MARQUE UNO

- 1 Nunca casado(a)
2 Casado(a)
3 Viviendo con pareja
4 Separado(a)
5 Divorciado(a)
6 Viudo(a)

6. Actualmente:

MARQUE UNO

- 1 Trabajo 20 horas o más por semana
2 Trabajo menos de 20 horas por semana
3 No estoy trabajando

7. ¿Tiene usted un problema de salud o una incapacidad que no le permite trabajar o que limita el tipo o la cantidad de trabajo que usted puede hacer?

- 1 Sí
2 No

8. ¿Cuál es el más alto grado o año de escuela que usted completó?

MARQUE UNO

- 1 Menos del 9° grado
2 Algo de secundaria, pero no recibí diploma
3 Graduado(a) de secundaria (diploma o GED)
4 Algo de universidad, pero sin título
5 Título de Asociado (Associate's degree)
6 Bachillerato (Bachelor's degree) o más alto

9. Por favor indique si usted actualmente recibe apoyo de alguna de las siguientes fuentes:

MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN

- 1 TANF (Temporary Assistance for Needy Families) o welfare-bienestar público
2 Seguro de desempleo
3 WIC (Programa para Mujeres, Infantes y Niños)
3 SSI (Seguro Social: Beneficios de Jubilacion, Incapacidad o Sobrevivientes)
3 Medicaid

10. Incluyendo a usted, ¿cuántas personas viven en su hogar? Por favor incluya a todos los adultos y niños.

|_|_| NÚMERO

¡Muchas gracias por su ayuda!

