



# THE American Community Survey

PLACE LABEL  
HERE

**This questionnaire is available in either English or Spanish.  
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the English questionnaire, begin on page 2. To complete the Spanish questionnaire, flip this over and complete the green side.

**Please complete this form as soon as possible.** Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

**If you need help** or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

**For more information** about the American Community Survey, visit our web site at: <http://www.census.gov/acs>.

Para completar cuestionario en inglés, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en español, vírelo y complete el lado verde.

**Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible.** Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

**Si necesita ayuda** o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

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

**CENSUS USE ONLY**

**How was this form completed?**

English  Spanish



- 1 What is your name?** Please print your name. Include your telephone number, and today's date so we can contact you if there is a question.

Last Name

First Name

MI

Area Code + Number

 - 

Today's Date

Month Day Year

  

- 2 What is your sex?** Mark (X) ONE box.

 Male  Female

- 3 What is your age and what is your date of birth?** Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

Print numbers in boxes.

Age (in years) Month Day Year of birth

   

- A NOTE:** Please answer BOTH Question 4 about Hispanic origin and Question 5 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.

- 4 Are you of Hispanic, Latino, or Spanish origin?**

- No, not of Hispanic, Latino, or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican Am., Chicano
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin – Print origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on. ↘

- 5 What is your race?** Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↘

- Asian Indian  Native Hawaiian
- Chinese  Guamanian or Chamorro
- Filipino  Samoan
- Japanese  Other Pacific Islander – Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on. ↘
- Korean
- Vietnamese
- Other Asian – Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on. ↘

- Some other race – Print race. ↘

- 6 Where were you born?**

- In the United States – Print name of state.

- Outside the United States – Print name of foreign country, or Puerto Rico, Guam, etc.

- 7 Are you a citizen of the United States?**

- Yes, born in the United States → SKIP to question 9a
- Yes, born in Puerto Rico, Guam, the U.S. Virgin Islands, or Northern Marianas
- Yes, born abroad of U.S. citizen parent or parents
- Yes, U.S. citizen by naturalization – Print year of naturalization →

- No, not a U.S. citizen

- 8 When did you come to live in the United States?** Print numbers in boxes.

Year

- 9 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, have you attended school or college?** Include only nursery or preschool, kindergarten, elementary school, home school, and schooling which leads to a high school diploma or a college degree.

- No, have not attended in the last 3 months → SKIP to question 10
- Yes, public school, public college
- Yes, private school, private college, home school

- b. What grade or level were you attending?** Mark (X) ONE box.

- Nursery school, preschool
- Kindergarten
- Grade 1 through 12 – Specify grade 1 - 12 ↘

- College undergraduate years (freshman to senior)
- Graduate or professional school beyond a bachelor's degree (for example: MA or PhD program, or medical or law school)



- 10** What is the highest degree or level of school you have COMPLETED? Mark (X) ONE box. If currently enrolled, mark the previous grade or highest degree received.

**NO SCHOOLING COMPLETED**

- No schooling completed

**NURSERY OR PRESCHOOL THROUGH GRADE 12**

- Nursery school  
 Kindergarten  
 Grade 1 through 11 – Specify grade 1 – 11 →

- 12th grade – NO DIPLOMA

**HIGH SCHOOL GRADUATE**

- Regular high school diploma  
 GED or alternative credential

**COLLEGE OR SOME COLLEGE**

- Some college credit, but less than 1 year of college credit  
 1 or more years of college credit, no degree  
 Associate's degree (for example: AA, AS)  
 Bachelor's degree (for example: BA, BS)

**AFTER BACHELOR'S DEGREE**

- Master's degree (for example: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  
 Professional degree beyond a bachelor's degree (for example: MD, DDS, DVM, LLB, JD)  
 Doctorate degree (for example: PhD, EdD)

- B** Answer question 11 if you have a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 12.

- 11** This question focuses on your BACHELOR'S DEGREE. Please print below the specific major(s) of any BACHELOR'S DEGREES you have received. (For example: chemical engineering, elementary teacher education, organizational psychology)

  
  


- 12** What is your ancestry or ethnic origin?

  


(For example: Italian, Jamaican, African Am., Cambodian, Cape Verdean, Norwegian, Dominican, French Canadian, Haitian, Korean, Lebanese, Polish, Nigerian, Mexican, Taiwanese, Ukrainian, and so on.)

- 13** a. Do you speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 14a

**b. What is this language?**


For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

**c. How well do you speak English?**

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

- 14** a. Did you live at this address 1 year ago?

- Person is under 1 year old → SKIP to question 16  
 Yes, at this address → SKIP to question 15  
 No, outside the United States and Puerto Rico – Print name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc., below; then SKIP to question 15

- No, at a different address in the United States or Puerto Rico

**b. Where did you live 1 year ago?****Address (Number and street name)**
  

**Name of city, town, post office, military installation, or base**

**Name of U.S. county or municipio in Puerto Rico**

**Name of U.S. state or Puerto Rico**

**ZIP Code**


- 15** IN THE PAST 12 MONTHS, did you receive benefits from the Food Stamp Program or SNAP (the Supplemental Nutrition Assistance Program)? Do NOT include WIC, the School Lunch Program, or assistance from food banks.

- Yes  
 No

- 16** Are you CURRENTLY covered by any of the following types of health insurance or health coverage plans? Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h.

- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Insurance through a current or former employer or union (of yours or another family member)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by you or another family member)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, for people 65 and older, or people with certain disabilities   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance, or any kind of government-assistance plan for those with low incomes or a disability | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE or other military health care  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (including if you have ever used or enrolled for VA health care)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Indian Health Service  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Any other type of health insurance or health coverage plan – Specify ↴   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- C** Answer question 17a if you are covered by health insurance. Otherwise, SKIP to question 18a.

- 17** a. Is there a monthly premium for this plan?

A monthly premium is a fixed amount of money people pay each month to have health coverage. It does not include copays or other expenses such as prescription costs.

- Yes  
 No → SKIP to question 18a

**b. Is the cost of the premium subsidized based on family income?**

- Yes  
 No



- 18 a. Are you deaf or do you have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

- b. Are you blind or do you have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**D** Answer question 19a – c if you are 5 years old or over. Otherwise, SKIP to **J** on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

- 19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

- b. Do you have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

- c. Do you have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**E** Answer question 20 if you are 15 years old or over. Otherwise, SKIP to **J** on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

- 20 Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have difficulty doing errands alone such as visiting a doctor's office or shopping?**

- Yes  
 No

- 21 What is your marital status?**

- Now married  
 Widowed  
 Divorced  
 Separated  
 Never married → SKIP to **F**

- 22 In the PAST 12 MONTHS did you get –**

- |              | Yes                      | No                       |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Married?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Widowed?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Divorced? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 23 In what year did you last get married?**

Year

--	--	--	--	--

**F** Answer question 24 if you are female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 25a.

- 24 Have you given birth to any children in the past 12 months?**

- Yes  
 No

- 25 a. Do you have any of your own grandchildren under the age of 18 living in this place?**

- Yes  
 No → SKIP to question 26

- b. Are you currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this place?**

- Yes  
 No → SKIP to question 26

- c. How long have you been responsible for these grandchildren? If you are financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom you have been responsible for the longest period of time.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Less than 6 months | <input type="checkbox"/> 3 or 4 years    |
| <input type="checkbox"/> 6 to 11 months     | <input type="checkbox"/> 5 or more years |
| <input type="checkbox"/> 1 or 2 years       |  |

- 26 Have you ever served on active duty in the U.S. Armed Forces, Reserves, or National Guard? Mark (X) ONE box.**

- Never served in the military → SKIP to question 29a  
 Only on active duty for training in the Reserves or National Guard → SKIP to question 28a  
 Now on active duty  
 On active duty in the past, but not now

- 27 When did you serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which you served, even if just for part of the period.**

- September 2001 or later  
 August 1990 to August 2001 (including Persian Gulf War)  
 May 1975 to July 1990  
 Vietnam Era (August 1964 to April 1975)  
 February 1955 to July 1964  
 Korean War (July 1950 to January 1955)  
 January 1947 to June 1950  
 World War II (December 1941 to December 1946)  
 November 1941 or earlier

- 28 a. Do you have a VA service-connected disability rating?**

- Yes (such as 0%, 10%, 20%, ... , 100%)  
 No → SKIP to question 29a

- b. What is your service-connected disability rating?**

- 0 percent  
 10 or 20 percent  
 30 or 40 percent  
 50 or 60 percent  
 70 percent or higher



**29 a. LAST WEEK, did you work for pay at a job (or business)?**

- Yes → SKIP to question 30  
 No – Did not work (or retired)

**b. LAST WEEK, did you do ANY work for pay, even for as little as one hour?**

- Yes  
 No → SKIP to question 35a

**30 At what location did you work LAST WEEK?** If you worked at more than one location, print where you worked most last week.

**a. Address (Number and street name)**

If the exact address is not known, give a description of the location such as the building name or the nearest street or intersection.

**b. Name of city, town, post office, military installation, or base**

**c. Is the work location inside the limits of that city or town?**

- Yes  
 No, outside the city/town limits

**d. Name of county**

**e. Name of U.S. state or foreign country**

**f. ZIP Code**

**31 How did you usually get to work LAST WEEK?** If you usually used more than one method of transportation during the trip, mark (X) the box of the one used for most of the distance.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Car, truck, or van       | <input type="checkbox"/> Motorcycle                                    |
| <input type="checkbox"/> Bus or trolley bus       | <input type="checkbox"/> Bicycle                                       |
| <input type="checkbox"/> Streetcar or trolley car | <input type="checkbox"/> Walked  |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated       | <input type="checkbox"/> Worked at this address → SKIP to question 39a |
| <input type="checkbox"/> Railroad                 | <input type="checkbox"/> Other method                                  |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                |  |
| <input type="checkbox"/> Taxicab                  |  |

**G** Answer question 32 if you marked "Car, truck, or van" in question 31. Otherwise, SKIP to question 33.

**32 How many people, including yourself, usually rode to work in the car, truck, or van LAST WEEK?**

Person(s)

**33 What time did you usually leave this address to go to work LAST WEEK?**

Hour Minute

 : 

- a.m.  
 p.m.

**34 How many minutes did it usually take you to get from this address to work LAST WEEK?**

Minutes

**H** Answer questions 35 – 38 if you did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 39a.

**35 a. LAST WEEK, were you on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 35c  
 No

**b. LAST WEEK, were you TEMPORARILY absent from a job or business?**

- Yes, on vacation, temporary illness, maternity leave, other family/personal reasons, bad weather, etc. → SKIP to question 38  
 No → SKIP to question 36

**c. Have you been informed that you will be recalled to work within the next 6 months OR been given a date to return to work?**

- Yes → SKIP to question 37  
 No

**36 During the LAST 4 WEEKS, have you been ACTIVELY looking for work?**

- Yes  
 No → SKIP to question 38

**37 LAST WEEK, could you have started a job if offered one, or returned to work if recalled?**

- Yes, could have gone to work  
 No, because of own temporary illness  
 No, because of all other reasons (in school, etc.)

**38 When did you last work, even for a few days?**

- Within the past 12 months  
 1 to 5 years ago → SKIP to I  
 Over 5 years ago or never worked → SKIP to question 47

**39 a. During the PAST 12 MONTHS (52 weeks), did you work 50 or more weeks? Count paid time off as work.**

- Yes → SKIP to question 40  
 No

**b. How many weeks DID you work, even for a few hours, including paid vacation, paid sick leave, and military service?**

- 50 to 52 weeks  
 48 to 49 weeks  
 40 to 47 weeks  
 27 to 39 weeks  
 14 to 26 weeks  
 13 weeks or less

**40 During the PAST 12 MONTHS, in the WEEKS WORKED, how many hours did you usually work each WEEK?**

Usual hours worked each WEEK





**I** Answer questions 41 – 46 if you worked in the past 5 years. Otherwise, SKIP to question 47.

#### 41–46 CURRENT OR MOST RECENT JOB ACTIVITY

Describe clearly your chief job activity or business last week. If you had more than one job, describe the one at which you worked the most hours. If you did not have a job or business last week, give information for your last job or business.

**41** Were you –  
Mark (X) ONE box.

- an employee of a PRIVATE FOR-PROFIT company or business, or of an individual, for wages, salary, or commissions?
- an employee of a PRIVATE NOT-FOR-PROFIT, tax-exempt, or charitable organization?
- a local GOVERNMENT employee (city, county, etc.)?
- a state GOVERNMENT employee?
- a Federal GOVERNMENT employee?
- SELF-EMPLOYED in own NOT INCORPORATED business, professional practice, or farm?
- SELF-EMPLOYED in own INCORPORATED business, professional practice, or farm?
- working WITHOUT PAY in family business or farm?

**42** For whom did you work?

If now on active duty in the Armed Forces, mark (X) this box →   
and print the branch of the Armed Forces.

Name of company, business, or other employer

**43** What kind of business or industry was this?

Describe the activity at the location where employed. (For example: hospital, newspaper publishing, mail order house, auto engine manufacturing, bank)

**44** Is this mainly – Mark (X) ONE box.

- manufacturing?
- wholesale trade?
- retail trade?
- other (agriculture, construction, service, government, etc.)?

**45** What kind of work were you doing?

(For example: registered nurse, personnel manager, supervisor of order department, secretary, accountant)

**46** What were your most important activities or duties? (For example: patient care, directing hiring policies, supervising order clerks, typing and filing, reconciling financial records)

**47** INCOME IN THE PAST 12 MONTHS

Mark (X) the "Yes" box for each type of income you received, and give your best estimate of the TOTAL AMOUNT during the PAST 12 MONTHS. (NOTE: The "past 12 months" is the period from today's date one year ago up through today.)

Mark (X) the "No" box to show types of income NOT received.

If your net income was a loss, mark the "Loss" box to the right of the dollar amount.

For income received jointly, report only your share of the amount received or earned.

**a.** Did you receive any wages, salary, commissions, bonuses, or tips in the PAST 12 MONTHS?

Yes → What was the amount from all jobs before deductions for taxes, bonds, dues, or other items?

Total amount - Dollars

No

**b.** Did you have any self-employment income from own nonfarm businesses or farm businesses, including proprietorships and partnerships, in the PAST 12 MONTHS?

Yes → What was the net income after business expenses?

Total amount - Dollars

No

**c.** Did you receive any interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts in the PAST 12 MONTHS? Report even small amounts credited to an account.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**d.** Did you receive any Social Security or Railroad Retirement income in the PAST 12 MONTHS?

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**e.** Did you receive any Supplemental Security Income (SSI) in the PAST 12 MONTHS?

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**f.** Did you receive any public assistance or welfare payments from the state or local welfare office in the PAST 12 MONTHS?

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**g.** Did you receive any retirement, survivor, or disability pensions in the PAST 12 MONTHS? Do NOT include Social Security.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**h.** Did you have any other sources of income received regularly such as Veterans' (VA) payments, unemployment compensation, child support, or alimony in the PAST 12 MONTHS? Do NOT include lump sum payments such as money from an inheritance or sale of a home.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

No

**48** What was your total income during the PAST 12 MONTHS? Add entries 47a to 47h; subtract any losses. If net income was a loss, enter the amount and mark (X) the "Loss" box next to the dollar amount.

Total amount - Dollars

None

OR

Loss



**J Thank you** very much for your participation.

Place the questionnaire in the envelope and HOLD for your Census Bureau Representative to pick up.

The Census Bureau estimates that this form will take about 25 minutes to complete, including the time for reviewing the instructions and answers. Send comments regarding this burden estimate, including suggestions for reducing this burden, to: Paperwork Reduction Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD-3K138, Washington, DC 20233. You may email comments to [Paperwork@census.gov](mailto:Paperwork@census.gov); use "Paperwork Project 0607-0810" as the subject.

Respondents are not required to respond to any information collection unless it displays a valid approval number from the Office of Management and Budget. This 8-digit number appears in the bottom right on the front cover of this form.



**CENSUS USE ONLY**

1. Who answered the questions on this form? *Mark (X) one box.*

- Sample resident
- Proxy respondent
- SSS individual
- A combination of sources
- Don't know

2. How were the questions on this form completed? *Mark (X) one box.*

- By self-response
- By personal interview - *Specify reason* ↘

3. Were administrative records used to complete any of the questions on this form?  
*Mark (X) one box.*

- No**
- Yes, Some** administrative record information was used
- Yes, All** responses were obtained from administrative record information
- Don't know

<b>Final Outcome Codes</b>		Reason (code 219 or 243):
Mark (X) ONE of the codes below to indicate the final outcome of the case. If code 219 or 243 is marked, explain reason in the space provided.		
Interview	Noninterview	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Out of scope →	<input type="checkbox"/> 243	
Other – <i>Specify</i> →	<input type="checkbox"/> ____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 /  / 




## CENSUS USE ONLY

1. ¿Quién contestó las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Residente en la muestra
- Individuo con poder o autorización para responder en nombre del residente en la muestra
- Individuo con clasificación de empleado especial juramentado
- Una combinación de fuentes
- No sabe

2. ¿Cómo se completaron las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- Por auto-respuesta
- Por medio de una entrevista en persona – *Especifique la razón* ↘

3. ¿Se usaron registros administrativos para completar cualquiera de las preguntas de este cuestionario? *Marque (x) una casilla.*

- No**
- Sí, se usó alguna** información de registros administrativos para completar este cuestionario
- Sí, todas** las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de registros administrativos
- No sabe

<b>Códigos de Resultado Final</b>		Razón (código 219 ó 243):
Interview	Noninterview	
<p>Marque (x) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.</p> <p><input type="checkbox"/> 201</p> <p><input type="checkbox"/> 203</p>	<p><input type="checkbox"/> 213</p> <p><input type="checkbox"/> 214</p> <p><input type="checkbox"/> 215</p> <p><input type="checkbox"/> 217</p> <p><input type="checkbox"/> 218</p> <p><input type="checkbox"/> 219</p> <p><input type="checkbox"/> 233</p> <p><input type="checkbox"/> 241</p>	
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> _____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 /  / 


**J Muchas gracias** por su participación.

Coloque el cuestionario en el sobre y **GUÁRDELO** hasta que su Representante de la Oficina del Censo lo recoja.

La Oficina del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction 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](mailto:Paperwork@census.gov): escriba "Paperwork Project 0607-0810" en el espacio para el tema.

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.





**29 a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo usted algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?**

- Sí → PASE a la pregunta 30  
 No – No trabajó (o está retirado(a))

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 35a

**30 ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA? Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted trabajó la mayor parte de la semana.**

**a. Dirección (Número y nombre de la calle)**

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

**b. Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar**

**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 condado**

**e. Nombre del estado de los EE.UU. o país extranjero**

**f. Código Postal**

**31 ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Si usualmente utilizó más de un medio de transporte durante el viaje, marque (X) la casilla 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 esta dirección → PASE a la pregunta 39a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry)              | <input type="checkbox"/> Otro método  |

**G** Conteste la pregunta 32 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 31. De lo contrario, PASE a la pregunta 33.

**32 ¿Cuántas personas, incluyéndolo(a) a usted, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?**

Persona(s)

**33 ¿A qué hora usualmente salía usted de esta dirección para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Hora Minutos

 : 

- a.m.  
 p.m.

**34 ¿Cuántos minutos le tomó a usted usualmente ir de esta dirección al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Minutos

**H** Conteste las preguntas 35 – 38 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 39a.

**35 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) o lo(a) descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 35c  
 No

**b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORALMENTE 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 38  
 No → PASE a la pregunta 36

**c. ¿Se le ha informado a usted que será llamado(a) 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 37  
 No

**36 Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado usted buscando trabajo ACTIVAMENTE?**

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 38

**37 LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido usted 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.)

**38 ¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?**

- En los últimos 12 meses  
 Hace 1 a 5 años → PASE a la sección I  
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 47

**39 a. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas), ¿trabajó usted 50 semanas o más? Incluya tiempo libre pagado como trabajo.**

- Sí → PASE a la pregunta 40  
 No

**b. ¿Cuántas semanas trabajó usted aunque fuera unas cuantas horas, incluso vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio militar?**

- 50 a 52 semanas  
 48 a 49 semanas  
 40 a 47 semanas  
 27 a 39 semanas  
 14 a 26 semanas  
 13 semanas o menos

**40 En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente usted cada SEMANA?**

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



**18** a. ¿Es usted sordo(a) o tiene una dificultad seria para oír?

- Sí  
 No

b. ¿Es usted ciego(a) o tiene una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí  
 No

**D** Conteste las preguntas 19a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

**19** a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí  
 No

**E** Conteste la pregunta 20 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

**20** Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a), tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

- Sí  
 No

**21** ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a) actualmente  
 Viudo(a)  
 Divorciado(a)  
 Separado(a)  
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **F**

**22** En los PASADOS 12 MESES, ¿usted –

- |                 | 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"/> |

**23** ¿En qué año se casó usted la última vez?

Año

--	--	--	--	--

**F** Conteste la pregunta 24 si usted es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 25a.

**24** ¿Ha dado a luz usted en los últimos 12 meses?

- Sí  
 No

**25** a. ¿Tiene usted algún nieto menor de 18 años que viva en este lugar?

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 26

b. ¿Es usted actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en este lugar?

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 26

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

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 ó 4 años   |
| <input type="checkbox"/> 6 a 11 meses     | <input type="checkbox"/> 5 años o más |
| <input type="checkbox"/> 1 ó 2 años       |                                       |

**26** ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

- Nunca estuvo en el servicio militar → PASE a la pregunta 29a  
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 28a  
 En servicio activo ahora  
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

**27** ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual usted 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)  
 Mayo del 1975 a julio del 1990  
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)  
 Febrero del 1955 a julio del 1964  
 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

**28** a. ¿Tiene usted una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ... 100%)  
 No → PASE a la pregunta 29a

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

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





- 10** ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.

**NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO**

- No ha completado ningún grado

**PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12**

- Pre-escolar o pre-kinder  
 Kindergarten  
 Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11*

- Grado 12, SIN DIPLOMA

**GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA**

- Diploma de escuela secundaria o preparatoria  
 GED o examen equivalente

**UNIVERSIDAD O 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 licenciatura universitaria (*por ejemplo: BA, BS*)

**DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA**

- Título de maestría (*por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA*)  
 Título profesional más allá de un título de licenciatura universitaria (*por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD*)  
 Título de doctorado (*por ejemplo: PhD, EdD*)

**B** Conteste la pregunta 11 si tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 12.

- 11** Esta pregunta se enfoca en su TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA. Por favor, escriba en letra de molde el título específico de la concentración de estudio de cualquier TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA específico(s) que usted recibió. (*Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza de educación primaria, o psicología organizacional*)

  
  


- 12** ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?

  


(*Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.*)

- 13** a. En su hogar, ¿habla usted 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 usted el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

- 14** a. ¿Vivía usted en esta dirección hace 1 año?

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 16  
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 15  
 No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*

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

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

**Dirección  
(Número y nombre de la calle)**

  


**Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar**

**Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio en Puerto Rico**

**Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico**

**Código Postal**

- 15** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del gobierno por medio del Programa de Cupones de Alimentos o SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.

- Sí  
 No

- 16** ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE de cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato ( <i>union</i> ), actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted 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. Administración de Veteranos (VA) (incluye si usted alguna vez haya usado o se haya 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"/> |

**C** Conteste la pregunta 17a si usted está cubierto por algún plan médico de salud. De lo contrario(a), PASE a la pregunta 18a.

- 17** a. ¿Tiene este plan una cuota mensual? Una cuota mensual es una cantidad fija de dinero que se paga todos los meses por la cobertura de salud. No incluye los copagos u otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

- b. ¿Está subsidiada su cuota mensual debido al ingreso de la familia?

- Sí  
 No





**1 ¿Cuál es su nombre?** Por favor, escriba su nombre en letra de molde. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

 - 

Fecha

Mes Día Año

**2 ¿Cuál es su sexo?** Marque (X) UNA casilla.

Masculino  Femenino

**3 ¿Cuál es su edad y su fecha de nacimiento?** Por favor, escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

**A NOTA: Por favor, conteste la Pregunta 4 sobre origen hispano Y la Pregunta 5 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

**4 ¿Es usted 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. ↘

**5 ¿Cuál es su raza?** 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 inscrito(a) o la tribu principal. ↘

- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↘
- Nativa de Hawaii
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fijiana, tongana, etc. ↘

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

**6 ¿Dónde nació usted?**

- 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, o Puerto Rico, Guam, etc.

**7 ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos?**

- Sí, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 9a
- 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 ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. Escriba el año de naturalización ↘

- No, no es ciudadano(a) de los Estados Unidos

**8 ¿Cuándo vino usted a vivir a los Estados Unidos?** Escriba los números en las casillas. Año

**9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad?** Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela secundaria o un título universitario.

- No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 10
- Escuela o universidad pública
- Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

**b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted?** Marque (X) UNA casilla.

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 ↘
- Estudios universitarios al nivel de licenciatura (freshman a senior)
- Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)





# LA Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

**This questionnaire is available in either English or Spanish.  
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the Spanish questionnaire, begin on page 2. To complete the English questionnaire, flip this over and complete the blue side.

**Please complete this form as soon as possible.** Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

**If you need help** or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

**For more information** about the American Community Survey, visit our web site at: <http://www.census.gov/acs>.

Para completar el cuestionario en español, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en inglés, vélelo y complete el lado azul.

**Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible.** Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

**Si necesita ayuda** o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

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

