

Appendix A-6d. Web Survey of SNAP and Work-- Spanish

MONTH, DAY, YEAR (Insert date after OMB clearance)

Bienvenido

BIENVENIDO SCREEN

Número de control de la OMB.
0584-0606
Fecha de vencimiento:
03/31/2019

Bienvenido a la Encuesta de SNAP y el trabajo. Para comenzar la encuesta haga clic en el botón "Continue".

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Declaración de la Ley de privacidad

Autoridad: El artículo 9 de la Ley de alimentos y nutrición de 2008, según se ha modificado, (7 U.S.C. 2018); artículo 205(c)(2)(C) de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 405(c)(2)(C)); y el artículo 6109(f) del Código tributario de 1986 (26 U.S.C. 6109(f)), autorizan la recolección de información en este formulario.

Propósito: La información se recolecta principalmente para uso del Servicio de Alimentos y Nutrición en la administración del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria.

Uso de rutina: La información se podría dar a conocer para cualquiera de los usos de rutina en el Sistema de notificación de registros <https://www.federalregister.gov/documents/2010/12/27/2010-32457/privacy-act-revision-of-privacy-act-systems-of-records#p-30>

Divulgación: dar la información en este formulario es voluntario.

Introducción

INTRODUCTION SCREEN

Usted ha sido seleccionado para participar en la *Encuesta de SNAP y el trabajo*. Westat está haciendo este estudio en nombre del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. En la encuesta se preguntará acerca de sus experiencias de trabajo y dificultades que ha encontrado para buscar y mantener un trabajo. Los resultados ayudarán a los estados a entender las necesidades y dificultades que tienen las personas que reciben beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria o SNAP, conocido anteriormente como Estampillas de comida o como [State Name for SNAP] en su estado.

Contestar la encuesta por Internet toma en promedio unos 30 minutos. Como incentivo, y para cubrir cualquier costo que le genere su participación, le enviaremos [FILL 40 dólares FOR IN-PERSON] en efectivo.

La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria. Recuerde que sus respuestas se mantendrán en privado excepto cuando lo exija la ley, y no se compartirán con el encargado de elegibilidad de SNAP ni con personas ajenas a la realización del estudio. Ni su nombre ni otra información que lo pueda identificar se usará en ningún informe. La información que usted nos dé se combinará con la información de los demás participantes en el estudio. Se puede saltar cualquier pregunta que prefiera no contestar. Si decide no participar, no recibirá ninguna sanción ni sus beneficios se verán afectados. Según se describe en el sistema de notificación de registros (SORN, por sus siglas en inglés) titulado *FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports* (publicado en el registro federal el 25 de abril de 1991, volumen 56, páginas 19078-19080), el FNS y sus contratistas que trabajen en nombre del FNS pueden recolectar y analizar esta información con fines de estudios de investigación y se les exige que tengan medidas de protección para mantener los datos en privado.

HOW TO COMPLETE THE SURVEY: Después de contestar cada pregunta, puede pasar a la siguiente haciendo clic en el botón "Siguiente>>". Si desea revisar una pregunta anterior, haga clic en el botón "<<Anterior". Si desea guardar sus respuestas y terminar la encuesta después, haga clic en el botón "Guardar y continuar después". Cuando ingrese después, puede continuar desde el punto donde se detuvo.

SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE SUS DERECHOS Y BIENESTAR COMO PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO: llame a la oficina de protección de participantes en estudios de Westat al 1-888-920-7631. Deje un mensaje con su nombre completo, el nombre del estudio por el que está llamando, "Encuesta de SNAP y el trabajo" y un número de teléfono comenzando con el código de área. Alguien le devolverá la llamada lo más pronto posible.

Para comenzar la encuesta haga clic en el botón "Siguiente>>". Hacer esto también indica que acepta participar en la encuesta.

Sección A: Características demográficas

En esta sección se hacen preguntas acerca de usted.

A1. ¿Cuál es el mes y año de su nacimiento?

Mes

Año de 4 dígitos

A2. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

A3. ¿Es usted hispano o latino?

- Sí. Hispano o latino
- No. Ni hispano ni latino
- No sé

A4. A continuación, hay una lista de cinco categorías de razas. Puede seleccionar una o más razas. En esta encuesta el origen hispano no se considera una raza. ¿De qué raza es usted?

(Marque las opciones que correspondan)

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanca

A5. ¿Es usted casado, viudo, divorciado, separado o nunca se ha casado?

- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Separado
- Nunca se ha casado

A6. ¿Alguna vez ha estado en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

- Sí
- No [SKIP TO A8]

A7. ¿Actualmente está en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas?

- Sí
- No

A8. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de escuela que ha completado o cuál es el título más alto que ha recibido?

- 12 Grado o menos, pero no se graduó
- Equivalente al diploma de secundaria o High school, como el GED
- Se graduó de secundaria o High school
- Algo de universidad, pero no se graduó
- Título de asociado en una universidad en un programa ocupacional o vocacional (por ejemplo, asociado en ciencias aplicadas como contabilidad, administración de empresas, enfermería, diseño de páginas web o estudios paralegales)
- Título de asociado en una universidad en un programa académico (por ejemplo, asociado en artes o asociado en ciencia)
- Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)
- Maestría (por ejemplo, MA, MS, MBA); Título de estudios especializados (por ejemplo, MD, DDS, JD); Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD)

A9. Actualmente, ¿tiene un certificado profesional o una licencia activa del estado o de una industria? No incluye licencias comerciales, como una licencia de licores o de ventas. (Un certificado o licencia profesional demuestra que usted tiene las cualificaciones para realizar un trabajo específico. Ejemplos incluyen una licencia de bienes raíces, un certificado de asistente médico, una licencia de maestros o un certificado de informático).

- Sí
- No → [SKIP TO A11]

A10. ¿Qué tipo de certificado o licencia es? (Si tiene más de una, anote las dos más recientes).

A11. ¿Habla otro idioma aparte de inglés en su hogar?

- Sí
- No → [SKIP TO SECTION B]

A12. ¿Qué idioma?

A13. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien
- Bien
- Regular
- Nada

Sección B: Empleo

Las preguntas en esta sección son acerca de todos los trabajos que ha tenido desde [Sample month - 6]. Primero, le preguntaremos acerca de su trabajo actual o del más reciente. Después, le preguntaremos acerca de otros trabajos que haya tenido desde [Sample month - 6].

B1. ¿Alguna vez ha trabajado por paga desde [Sample month - 6]? Por favor, incluya trabajos a medio tiempo, trabajitos ocasionales, trabajos por cuenta propia, trabajos que haya hecho como contratista independiente o cualquier otro trabajo que haya hecho por paga desde [Sample month - 6].

- Sí
- No → [SKIP TO B2]

[if B1=yes]

B1a. ¿Cuántos trabajos por separado en total ha tenido desde [Sample month -6]?

_____ trabajos [SKIP TO B3]

- No sé [SKIP TO B1b]

[if B1a=DK]

B1b. ¿Aproximadamente cuántos trabajos fueron? ¿Aproximadamente cuántos trabajos ha tenido desde [Sample month - 6]?

- 1 o 2 trabajos
- 3 o 4 trabajos
- 5 a 7 trabajos
- 8 a 10 trabajos
- Más de 10 trabajos

[SKIP TO B3]

B2. ¿Alguna vez ha trabajado por paga en algún momento *antes* de [Sample month - 6]?

- Sí
- No [SKIP TO A30]

B2a. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó por paga?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

[If B2a MMYYYY is given, SKIP TO B30; if B2a is DK, ASK B2b]

B2b. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que trabajó? ¿La última vez que trabajó fue...?

- Hace 1 o 2 años
- Hace más de 2 años, pero menos de 5 años
- Hace más de 5 años

[SKIP to B30]

B3. Actualmente, ¿está trabajando por paga?

- Sí
- No → [SKIP TO B7]

B4. Ahora hablemos de la SEMANA PASADA. LA SEMANA PASADA, ¿tenía más de un trabajo, incluyendo un trabajo a medio tiempo, en las noches o en los fines de semana?

- Sí
- No → [SKIP TO B7]

B5. En total, ¿cuántos trabajos tenía la semana pasada?

- 2 trabajos
- 3 trabajos
- 4 o más trabajos

B6. ¿Cuántas horas a la semana trabaja NORMALMENTE combinando todos sus trabajos?

Horas a la semana

- Las horas varían cada semana

[If B6=Hours vary each week, ask B6a]

B6a. Contando todos sus trabajos, ¿aproximadamente cuántas horas diría usted que trabajó normalmente en una semana durante el mes pasado?

- 1 a 14 horas a la semana
- 15 a 29 horas a la semana
- 30 a 34 horas a la semana
- 35 a 40 horas a la semana
- Más de 40 horas a la semana

B7. Las siguientes preguntas son acerca de [su trabajo actual/el trabajo en el que pasó la mayor cantidad de tiempo la semana pasada/el trabajo que tuvo más recientemente]. ¿Qué tipo de

trabajo hace/hizo, es decir cuál [es/fue] su ocupación? Por ejemplo; plomero, mecanógrafo, agricultor.

B8. ¿Cuál es/era el nombre de su empleador? ¿O trabaja por cuenta propia?

Nombre del empleador

- Trabaja por cuenta propia

B9. ¿Qué tipo de negocio o industria es/era? ¿Qué (hace/hizo) usted o que le (pide/pidió) su empleador que haga?

B10. ¿Cuándo comenzó a trabajar en este empleo?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

[if B3=No, not currently working, ask B11; if B3=Yes, SKIP TO B12]

B11. ¿Cuándo dejó de trabajar en este empleo?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

[if B11=DK, ask B11a; otherwise, SKIP TO B11b]

B11a Aproximadamente, ¿cuándo dejó de trabajar en este empleo? ¿Fue...?

- El mes pasado
 Hace 1 a 2 meses
 Hace 3 a 5 meses

- Hace más de 5 meses
- No sé

B11b ¿Por qué dejó de trabajar? Si hay más de una razón, seleccione la razón PRINCIPAL por la que dejó de trabajar.

- Se terminó el trabajo o la fábrica cerró
- Final de un trabajo temporal o estacional
- Lo despidieron
- Embarazo o nacimiento de un niño
- Otra razón relacionada con la familia
- Problemas de salud
- Renunció para buscar otro trabajo
- Regresó a estudiar o para dedicar más tiempo a los estudios
- Se mudó
- Problemas de transporte
- Otra razón. Especifique

B12. ¿Cuántas horas a la semana (trabaja/trabajaba) normalmente en este trabajo?

Horas a la semana

- No sé

[if B12= DK, ask B13; otherwise, SKIP TO instruction before B14]

B13. Aproximadamente, ¿cuántas horas (trabaja/trabajaba) en este empleo en una semana típica?

- 1 – 14 horas
- 15 – 29 horas
- 30 – 34 horas
- 35 – 40 horas
- Más de 40 horas
- No recuerdo

[if B12 < 35 or B13= (1, 2, 3), ask B14; otherwise, SKIP TO B16]

B14. ¿(Quiere/Quería) trabajar una semana completa de 35 horas o más?

- Sí
- No [SKIP TO A16]

B15. Algunas personas trabajan medio tiempo porque no pueden encontrar trabajo de tiempo completo o porque el trabajo no anda bien. Otras trabajan medio tiempo debido a obligaciones familiares o a otras razones personales. ¿Cuál (es/era) la razón PRINCIPAL por la que trabaja medio tiempo en este trabajo? (Seleccione una razón)

- Le redujeron el horario
- Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
- Trabajo temporal o estacional
- Problemas con el cuidado infantil
- Otras obligaciones personal o familiares
- Limitaciones médicas o de salud
- Estudios/Capacitaciones
- Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
- Otra cosa. (Especifique):

B15a. ¿Había otra razón importante por la que trabaja medio tiempo? Seleccione una respuesta para indicar su segunda razón más importante o seleccione "No había otra razón".

- Le redujeron el horario
- Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
- Trabajo temporal o estacional
- Problemas con el cuidado infantil
- Otras obligaciones personal o familiares
- Limitaciones médicas o de salud
- Estudios/Capacitaciones
- Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
- Otra cosa. (Especifique):

- No había otra razón

B16. Normalmente, ¿cómo (llega/llegaba) a este trabajo? Si normalmente (usa/usaba) más de un medio de transporte durante el viaje, seleccione el medio que usó la mayor parte del tiempo.

- En un vehículo personal propio o de su familia, como un automóvil, camioneta o motocicleta
- Viajando con un amigo, familiar o compañero de trabajo
- Viajando en transporte público como autobús, tranvía, metro, ferry o tren
- Taxi
- Bicicleta
- Caminando
- Trabajó desde su casa
- Otro medio

B17. Normalmente, ¿cuánto tiempo le (toma/tomaba) llegar al trabajo? Cuente solamente el tiempo de ida.

Minutos

B18. ¿Cuánto (gana/ganaba) usted (en/cuando dejó) este trabajo y cada cuánto le pagan? Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra.

Cantidad

- Por hora
- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Anual
- Otro. Especifique _____
- No sé → [SKIP TO B18c]

[If amount is given in B18, ask B18a; if B18=Don't Know, SKIP TO B18c]

B18a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?

- Antes de impuestos y otras deducciones→ [SKIP TO B19]
- Después de impuestos y otras deducciones
- No sé→ [SKIP TO B19]

[If B18a=After taxes and deductions, ask B18b; otherwise, skip to B19]

B18b. ¿Cuánto era antes de impuestos y otras deducciones?

Cantidad

- Por hora
- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Anual
- Otro. Especifique _____
- No sé

[SKIP TO B19]

[If B18=Don't Know, ask B18c]

B18c. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?

- Menos de \$100 a la semana
- \$100 a \$250 a la semana
- \$251 a \$500 a la semana
- \$501 a \$750 a la semana

- Más de \$750 a la semana
- No recuerdo

B19. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario en este trabajo?

- Horario habitual durante el día (trabaja en algún momento entre 6 de la mañana y 6 de la tarde con un horario igual o similar todas las semanas)
- Horario habitual durante la noche (trabaja en algún momento entre 6 de la tarde y 6 de la mañana con un horario igual o similar todas las semanas)
- Horario rotativo (cambia regularmente de días a tardes a noches)
- Horario dividido (tiene dos periodos distintos cada día u)
- Horario irregular (cambia cada día o cada semana)

B20. ¿Cómo describiría este trabajo? Conteste "SÍ" o "NO" para cada afirmación.

	SÍ	NO
a. Un trabajo normal permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Trabajo por cuenta propia/trabajo que hace para un negocio propio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Trabajo por temporada o estacional, es decir lo contrataron solamente por unas semanas o meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Trabajo para una agencia de empleos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Un trabajito ocasional, es decir lo contrataron solamente por unas horas o días y no anticipaba que fuera a ser por más tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Trabaja como contratista independiente o como trabajador independiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Trabajo que hace para un amigo o familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Otro lugar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 300px;"></div>		

B21. ¿(Tiene/Tenía) alguno de los siguientes beneficios disponibles para usted en este trabajo?

	SÍ	NO
a. Licencia por enfermedad con pago completo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Vacaciones con pago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Feriados con pago, tal como Navidad y Año Nuevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Beneficios dentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Un plan de salud o seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Un plan de jubilación o 401K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Reembolso de matrículas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[IF B21E=YES, ask B22; otherwise, SKIP TO B23]

B22. ¿(Está/Estaba) inscrito en el plan de seguro médico en este trabajo?

- Sí
- No

B23. ¿Ha trabajado en otro empleo por paga desde [Sample Month - 6]?

- Sí
- No → [SKIP TO instruction preceding B30]

[if B23= Yes]

Las siguientes preguntas son acerca del trabajo que usted tuvo antes del que acaba de describir.

B24. ¿Cuál es el nombre de su empleador en este trabajo? ¿O trabaja por cuenta propia?

Nombre del empleador

Trabaja por cuenta propia

B25. ¿Cuándo comenzó a trabajar en este empleo?

Mes

Año de 4 dígitos

No sé

B26. ¿Cuándo dejó de trabajar en este empleo?

Mes

Año de 4 dígitos

No sé

Continúa trabajando ahí

B27. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted normalmente en este empleo?

Cuántas horas a la semana

No sé

[if B27= Don't know, ask B28; otherwise, SKIP TO B29]

B28. Aproximadamente, ¿cuántas horas trabajaba en este empleo en una semana típica?

- 1 – 14 horas
- 15 – 29 horas
- 30 – 34 horas
- 35 – 40 horas
- Más de 40 horas
- No recuerdo

B29. ¿Cuánto ganaba cuando dejó este trabajo? Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra.

Cantidad

- Por hora
- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Anual
- No recuerda → [SKIP TO B29c]

[If amount is given in B29, ask B29a; if B29=Don't Know, SKIP TO B29c]

B29a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?

- Antes de impuestos y otras deducciones → [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]
- Después de impuestos y otras deducciones → [ASK B29b]
- No sé → [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]

[If B29a=After taxes and deductions, ask B29b]

B29b. ¿Cuánto era antes de impuestos y otras deducciones?

Cantidad

- Por hora
- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Anual
- Otro. Especifique _____
- No sé

[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]

[If B29a=Don't Know, ask B29c]

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?

- Menos de \$100 a la semana
- \$100 a \$250 a la semana
- \$251 a \$500 a la semana
- \$501 a \$750 a la semana
- Más de \$750 a la semana
- No recuerdo

[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]

[If B1=No or B3=No then ask B30; otherwise SKIP TO SECTION C]

B30. ¿Cuál es la razón principal por la que no está trabajando actualmente?

- Un embarazo o el nacimiento reciente de un niño
 - Está enfermo o tiene una discapacidad
 - Es jubilado o pensionado
 - Está cuidando del hogar o de la familia
 - Va a la escuela o a un programa de capacitación laboral
 - No pudo encontrar trabajo
 - Otro
- Especifique _____

B31. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- Sí
- No → [SKIP TO C1]

B32. LA SEMANA PASADA, ¿pudo haber comenzado un trabajo si se lo hubieran ofrecido?

- Sí
- No

B33. Actualmente, ¿recibe alguna compensación estatal o federal por desempleo?

- Sí
- No

Sección C. Educación, capacitación y servicios de empleo

Las preguntas en esta sección son acerca de la educación, la capacitación y los servicios de empleo que haya recibido en los últimos 12 meses; es decir desde [mmddyyyy].

C1. Primero, quisiéramos saber si usted asistió a algún programa de educación (escuela secundaria o high school, educación básica para adultos o universidad) o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy]. nuevo ¿Ha estado matriculado en una escuela o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy]? nuevo

- Sí
- No [SKIP TO C3]
- No sé [SKIP TO C3]

C2. ¿En cuántos programas de educación o de capacitación ha participado desde [mmddyyyy]? nuevo

Cantida de programas

C3. Actualmente, ¿está matriculado en un programa de educación o capacitación? nuevo

- Sí
- No [SKIP TO C13]
- Don't know [SKIP TO C13]

C4. ¿Dónde (participa/participó) en esa educación o capacitación? ¿(Fue/Es) es...?

- Una escuela secundaria o High school
- Una universidad comunitaria con programas de 2 años
- Una universidad con programas de 4 años
- Una escuela vocacional, técnica o de negocios
- Una compañía privada que ofrece capacitación (puede incluir a su empleador)
- Un programa de capacitación de aprendizaje (afiliado con un sindicato)
- Una agencia comunitaria
- Otro lugar

o ¿Dónde (participa/participó) en este programa de educación o capacitación?

- No sé

C5. ¿En qué mes y año comenzó su educación o capacitación?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

[SKIP to C7 if C3=yes]

C6. ¿En qué mes y año dejó de asistir a su educación o capacitación?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

[SKIP TO C8 if C3>0]

C7. ¿En qué mes y año anticipa dejar de asistir a su educación o capacitación?

Mes

Año de 4 dígitos

No sé

C8. ¿Cuántas horas a la semana [asiste/asistió] a este programa de educación o capacitación?

Horas a la semana

No sé

C9. (Recibe/recibía) capacitación en alguna especialidad u ocupación, o (toma/tomaba) un programa de educación general?

- Educación general [SKIP TO C11]
- En alguna especialidad u ocupación
- No sé [SKIP TO C11]

C10. Para qué tipo de trabajo [recibe/recibía] capacitación? Por ejemplo, educación, salud o mercadeo.

- Agricultura y recursos naturales
- Administración y apoyo de empresas (como administración de negocios, contabilidad y secretariado)
- Comunicación y diseño
 - Ciencias informáticas y de computación (como programación, procesamiento de datos, redes informáticas)
- Servicios de construcción
- Servicios personales o al consumidor (como servicios culinarios, cosmetología y estudios de acondicionamiento físico)
 - Educación
 - Ingeniería y ciencias tecnológicas
 - Salud (como apoyo dental, asistente médico, terapia física, enfermería y diagnóstico médico)
- Mercadeo
- Manufactura
- Mecánica y reparación
- Servicios de protección (incluyendo justicia penal y otros servicios de protección)
 - Transporte y traslado de mercancías
 - Otro
especifique _____

- No sé

C11. ¿Completó esa educación o programa?

- Sí
- No [SKIP TO C13]
- No sé

C12. ¿Recibió un título, un certificado o una licencia por haber completado ese programa? ¿Recibió algo de lo siguiente mediante su participación en esta educación o programa?

- Sí
- No
- No sé

○

C13. ¿En los últimos 12 meses ha recibido alguno de los siguientes tipos de servicios de empleo?

	SÍ	NO	NO SÉ
a. Orientación laboral incluye exámenes para ver para qué trabajos está usted capacitado, información acerca de educación o programas de capacitación, información acerca de cómo cambiar de carrera o información acerca de qué trabajos están disponibles en su área local.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ayuda con búsqueda de empleo incluye la ayuda con búsqueda de empleo, referencias a empleos o empleados u ofrecer información del mercado laboral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Capacitación de empleo incluye completar la solicitud de empleo, preparar un CV o ir a una entrevista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Servicios comunitarios o programa de trabajo para personas desempleadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[If at least one YES is checked in C13, ask C14; otherwise SKIP TO SECTION D]

C14. ¿Quién proporcionó los servicios de empleo más recientes que usted recibió? ¿Fue...?

- Oficina de American Job Center (o de Employment Services)
- Oficina de seguro estatal de desempleo
- Otra agencia del gobierno
- Una agencia comunitaria
- Mi empleador
- Una escuela o universidad
- Una agencia de empleos
- Otro
- Especifique _____
- No sé

Sección D. Barreras para encontrar trabajo

Las siguientes preguntas son acerca de factores que las personas consideran como barreras o dificultades para obtener un trabajo. Recuerde que sus respuestas se protegerán y mantendrán en privado.

D1. ¿Tiene un problema físico, emocional o de salud que limite la cantidad o el tipo de trabajo que puede hacer?

- Sí
- No [SKIP to D3]
- No sé [SKIP TO D3]

D2. ¿Qué tipo de problemas de salud que limiten su trabajo tiene? ¿Tiene...?

	SÍ	NO	DON'T KNOW
Una discapacidad, lesión o enfermedad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un problema de salud mental o emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una discapacidad de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algún otro problema de salud que limite su trabajo IF YES: ¿Qué problema de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D3. ¿Alguna vez lo han declarado o se ha declarado culpable de un delito?

- Sí
- No [SKIP TO D7]
- No sé [SKIP TO D7]

D4. ¿En qué mes y año fue su última condena por un delito?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

D5. ¿Alguna vez ha estado en prisión?

- Sí
- No [SKIP TO D7]
- No sé [SKIP TO D7]

D6. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo que salió de prisión? Si estuvo en prisión más de una vez, ¿cuándo fue la vez más reciente que salió de prisión? ¿Fue...?

- Hace menos de 1 año
- Hace 2 a 5 años
- Hace más de 5 años
- No sé

D7. Para cada afirmación, dígame por favor, cuánto afecta esto su obtención de empleo diciéndome un número de 7 a 5, donde 1 significa que no es una barrera para conseguir trabajo y 5 significa que es una barrera grande para conseguir trabajo

	No es barrera a 1	2	3	4	Barrera a grande 5
1. No contar con un título de secundaria o High school	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Problema de salud limitante (enfermedad/lesión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Falta de conocimientos o habilidades laborales adecuadas para un trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Falta de experiencia laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Falta de transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Falta de cuidado infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Discriminación racial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Falta de información acerca de trabajos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Falta de una vivienda estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Adicción al alcohol o a las drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Violencia doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Discapacidades físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Enfermedad mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo al rechazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Falta de ropa para el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. No hay trabajos en la comunidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. No hay trabajos que se ajustan a sus habilidades o capacitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ser padre o madre soltero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ser el responsable del cuidado de niños pequeños u otras personas en su hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. No puede hablar inglés muy bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. No puede ni leer ni escribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Problemas para llegar al trabajo a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Falta de confianza en sí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Falta de sistema de apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Falta de habilidades para lidiar con problemas diarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Manejo de la ira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Antecedentes penales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección E: Participación en SNAP

Las preguntas en esta sección son acerca de su uso del Programa de asistencia nutricional suplementaria o SNAP, conocido anteriormente como Estampillas de comida o como [State Name for SNAP] en su estado.

E1. Actualmente, ¿recibe algún beneficio de SNAP?

- Sí
- No → [SKIP TO E3]

E2. ¿Recibió SNAP CONTINUAMENTE, cada mes desde [Sample Month]?

- Sí → [SKIP TO E7]
- No → [SKIP TO E6]
- No sé → [SKIP TO E6]

E3. Desde [Sample Month], ¿ha recibido beneficios de SNAP?

- Sí
- No → [SKIP to SECTION F]
- No sé → [SKIP SECTION F]

E4. ¿En qué mes y año recibió beneficios de SNAP la última vez?

Mes

Año de 4 dígitos

- No sé

E5. ¿Por qué dejó de recibir SNAP? Marque las opciones que correspondan

- Dejó de ser elegible porque sus ingresos aumentaron
- Dejó de ser elegible debido a cambios en la familia (p. ej. un familiar se mudó del hogar)
- Dejó de ser elegible debido a que no cumplía con los reglas o requisitos del programa (no asistió a la escuela, a capacitaciones de trabajo, etc.)
- La elegibilidad terminó debido a límites de tiempo
- Sigue siendo elegible, pero decidió no participar
- Otra cosa. (Especifique):

E6. ¿Por cuántos meses desde [Sample Month] recibió beneficios de SNAP?

Meses

- No sé

E7. En los últimos 12 meses, ¿participó en un programa de empleo o capacitación para poder recibir los beneficios de SNAP? Seleccione la respuesta que mejor describa su experiencia.

- Sí. Fui voluntario para participar
- Sí. Participé porque era un requisito para mantener los beneficios de SNAP
- No. Me dijeron que tenía que participar, pero no lo hice → [SKIP TO E9]
- No. Nunca me dijeron que tenía que participar y no fui voluntario → [SKIP TO E9]
- No. Participé anteriormente, pero no en los últimos 12 meses → [SKIP TO E9]

E8. ¿Sigue asistiendo al programa o ya lo ha completado?

- Sigo asistiendo al programa
- Me retiré antes de terminar el programa
- Completé el programa

E9. La agencia responsable de sus beneficios de SNAP, ¿le exigió que se inscriba para trabajo con la agencia estatal de empleo?

- Sí
- No
- No sé

Sección F. Salud y seguro médico

Las próximas preguntas son acerca de su cobertura de seguro médico.

F1. ¿Tiene cobertura de seguro médico?

- Sí
- No → [SKIP TO F3]
- No sé → [SKIP TO F3]

F2. ¿Qué tipo de seguro médico o de cobertura de salud tiene? Si tiene más de un tipo de cobertura, seleccione qué tipo cubre la mayoría de sus gastos.

- Seguro mediante un empleador o un sindicato actual o antiguo (por parte suya o de un familiar)
- Seguro comprado directamente a una compañía de seguros (por parte suya o de un familiar)
- Medicare, para personas mayores de 65 años o para personas con ciertas discapacidades
- Medicaid, Medical Assistance u otra clase de plan de asistencia del gobierno para personas de bajos ingresos o con discapacidades
- TRICARE u otro seguro de salud de las fuerzas armadas
- VA (incluyendo aquellos que alguna vez han usado o se han inscrito en cuidado médico de VA)
- Servicio de salud indígena
- No sé
- Algún otro tipo de plan de seguro médico o cobertura de salud. (Especifique):

F3. En general, ¿diría que su salud es...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Sección G: Información sobre el hogar

Las preguntas en esta sección son acerca del lugar donde usted vive y de las personas con quienes vive.

G1. ¿En qué tipo de lugar vive actualmente?

- Soy propietario de mi casa (incluyendo casas móviles)
- Pago alquiler por mi casa o apartamento (incluyendo casas móviles)
- Vivo en la casa de familiares o amigos sin pagar alquiler
- Vivo en la casa de familiares o amigos y pago poco alquiler
- Vivo en un sitio temporal o de emergencia (p. ej. un albergue o no tengo hogar)
- ¿Otro lugar? (Especifique):

Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su hogar. Por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas. Un hogar también puede ser una persona que vive sola, o que aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, si vive en un dormitorio, otra institución o un hospital, o si prepara las comidas por su propia cuenta, inclúyase solamente usted.

G2. ¿Cuántas personas, *incluyéndose a usted mismo*, viven en su hogar?

[if G2 > 1, ask G3; otherwise, SKIP TO G5]

G3. Conteste la siguiente información para cada miembro de su hogar aparte de usted.

Primer nombre	Relación o parentesco con usted	Edad
	<input type="text" value="Seleccione ▼"/>	<input type="text" value="Seleccione ▼"/>
HH Member 2		
HH Member 3		
HH Member 4		
HH Member 5		
HH Member 6		
HH Member 7		

[for G3 dropdown: Relación o parentesco con usted]

- Cónyuge o pareja
- Hijo o hija
- Nieto o nieta
- Padre o madre
- Hermano o hermana
- Otro familiar (tío, tía, primo, prima, sobrino, sobrina, suegra, suegro, etc.)
- Hijo temporal o foster
- Compañero de vivienda
- Otra persona no emparentada

[Instruction: autofill first names of persons ages 16 or older from hh roster above]

G4. Conteste la siguiente información para las personas en su hogar mayores de 16 años.

Primer nombre	¿Está esta persona trabajando actualmente?	Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja él/ella normalmente en <i>todos los trabajos</i> ?	¿Está esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas?
	Seleccione ▼	Seleccione ▼	Seleccione ▼
Adult 1			
Adult 2			
Adult 3			
Adult 4			
Adult 5			

[for G4 dropdown: ¿Está esta persona trabajando actualmente]

- Actualmente está trabajando
- No está trabajando, pero está buscando empleo
- No está trabajando y no está buscando empleo

[for G4 dropdown: Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja él/ella normalmente en todos los trabajos?]

- Normalmente trabaja 35 o más horas por semana
- Normalmente trabaja de 20 a 34 horas por semana
- Normalmente trabaja de 1 a 19 horas por semana

[for G4 dropdown: ¿Está él/ella en servicio activo en las Fuerzas Armadas?]

- Sí
- No

[Ask G5 if G1 is *not* "I live in emergency or temporary housing"; otherwise, SKIP TO next section]

G5. En el lugar donde vive actualmente, ¿tiene usted o algún miembro de este hogar acceso a Internet?

- Sí
- No

Sección H: Dependientes y cuidado de dependientes

[Question H1 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there are children under age 13 in their household.]

H1. Usted dijo que hay [autofill number] niños menores de 13 años que viven en su hogar. ¿Es usted el padre, la madre, tutor o cuidador de alguno de estos niños?

- Sí
- No

[Question H2 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there is anyone over 59 in their household.]

H2. Sin incluir asistencia financiera, ¿presta usted cuidado o asistencia a un adulto en su hogar que lo necesita debido a alguna condición relacionada con la vejez?

- Sí
- No

[If the answer to H2 is yes, H3 will be programmed to read: “Presta usted cuidado o asistencia sin pago a *alguien más* en el hogar...”]

H3. ¿Presta usted cuidado o asistencia sin pago a alguien en su hogar debido a un problema de salud o discapacidad? Esto podría incluir una discapacidad física, mental, emocional, cognoscitiva, conductual o del desarrollo; un problema crónico de salud o un problema psiquiátrico o ceguera o sordera. La asistencia puede incluir cuidado médico o ayuda con actividades cotidianas incluso supervisión o recordatorios).

- Sí
- No

[The following question is asked only if the respondent indicated above that they are responsible for anyone under age 13 in the household]

H4. ¿Alguno de los niños que vive con usted recibe cuidado infantil cuando no está en la escuela? El cuidado infantil incluye guarderías, Head Start, centros de cuidado infantil antes o después de clases, una niñera, incluyendo hermanos o hermanas, uno de los padres del niño si no viven juntos, otros familiares y campamentos de verano. No incluya kindergarten, primer grado o grados más altos.

- Sí
- No

H5. Actualmente, ¿tiene algún acuerdo legal u órdenes que le exigen que pague manutención o pensión infantil?

- Sí
- No
- No sé

Sección I: Ingresos

I1. Las siguientes preguntas son acerca de ingresos o asistencia que usted o alguien en su hogar haya recibido en el 2017. Recuerde que, por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas; o una persona que vive sola, o que aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, indique si usted o alguna de las personas en su hogar recibieron algo de lo siguiente en *algún momento durante el 2017*, incluso si solo fue por un mes.

	SÍ	NO	NO SÉ
a. Pagas o salario de un empleo regular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dinero que recibió de trabajitos ocasionales, como cuidar niños, hacer peinados o trabajos similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. WIC o el Programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, infantes y niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Estampillas de alimentos o Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingreso del Seguro Social por discapacidad (SSDI) o ingreso de seguridad suplementario (SSI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Asistencia pública o welfare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Asistencia de vivienda como vivienda subsidiada pública o para personas de bajos ingresos o el programa de cupones de vivienda (Sección 8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Asistencia de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Subsidio de cuidado infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Jubilación o seguro social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Seguro de desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Compensación por desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Manutención de alimentos o pensión infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Otro apoyo que recibió de amigos o familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Otra cosa (Especifique): <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I2. Piense en todos los ingresos que usted y las personas de su hogar recibieron *durante todo el 2017*. ¿Cuáles fueron los ingresos totales durante el año para todas las personas que viven juntas en su hogar? Esto incluye dinero de trabajos, ingresos netos de negocios, pensiones, dividendos, intereses, pagos del seguro social y cualquier otro ingreso que haya recibido. **Incluya todos los ingresos de su hogar antes de impuestos.**

Cantidad

No sé

[If I2=DK, ask I2a. Otherwise, skip to I3]

I2a. Aproximadamente, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar durante el 2017?

- Menos de \$5,000
- \$5,001 a \$10,000
- \$10,001 a \$20,000
- \$20,001 a \$30,000
- \$30,001 a \$40,000
- \$40,001 a \$50,000
- \$50,001 o más
- No sé

I3. Durante los últimos 12 meses, ¿sucedio algo de lo siguiente porque su hogar no tenía suficiente dinero? Conteste sí o no para cada afirmación.

	SÍ	NO	No sé
a. El hogar no pagó la cantidad total del alquiler o de la hipoteca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El hogar no pagó la cantidad total de las cuentas del gas, aceite o electricidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. La compañía del gas o de la electricidad cortó el servicio, o la compañía del aceite no lo repartió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. La compañía de teléfono desconectó el servicio porque no se hicieron los pagos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al médico o al hospital, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al dentista, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Usted o alguien más en su hogar no pudo comprar un medicamento recetado o tuvo que posponerlo cuando lo necesitaba porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I4. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor a los alimentos que se consumieron en su hogar en los últimos 12 meses?

- Siempre tuvimos suficiente que comer y las clases de alimentos que quería/queríamos
- Tuvimos suficiente que comer, pero no siempre las clases de alimentos que quería/queríamos
- Algunas veces no tuve/tuvimos suficiente que comer
- Con frecuencia no tengo/tenemos suficiente que comer

I5. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) recibieron alimentos de emergencia de una iglesia, un comedor de beneficencia o un banco de alimentos?

- Sí
- No → [SKIP TO I7]
- No sé → [SKIP TO I7]

16. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses? ¿Fue...?

- Casi todos los meses
- Algunos meses, pero no todos los meses
- Únicamente 1 o 2 meses

17. **Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) fueron a comer a un comedor de beneficencia?**

- Sí
- No → [SKIP TO I9]
- No sé → [SKIP TO I9]

18. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses? ¿Fue...?

- Casi todos los meses
- Algunos meses, pero no todos los meses
- Únicamente 1 o 2 meses

19. **Ahora quisiéramos saber acerca de deudas que posiblemente tenga, aparte de hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil. ¿Tiene alguna de las siguientes deudas?**

	SÍ	NO	No sé
a. Dinero que le debe a familiares, parientes o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Préstamos educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Dinero que debe en una o más tarjetas de crédito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Otros préstamos (por ejemplo, préstamos de día de pago "payday loans" o préstamos de una casa de empeños) (Especifique el tipo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wise, SKIP TO END]

110. **Sin contar hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil, ¿aproximadamente cuánto debe en estas otras deudas?**

- \$1 a \$500
- \$501 a \$1,000
- \$1,001 a \$2,500
- \$2,501 a \$5,000
- \$5,001 a \$10,000
- \$10,001 a \$25,000
- \$25,001 a \$50,000
- Más de \$50,000

END

Gracias por su participación en este importante estudio.

Le enviaremos su incentivo en efectivo y necesitamos tener su dirección correcta.

Calle

Calle (cont.) o Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico