



**Cuestionario Individual del Censo del 2020
de las Islas Vírgenes de los EE. UU.**

PARA USO
DE NPC
SOLAMENTE

Este es su Cuestionario Individual del Censo para el Censo del 2020 de las Islas Vírgenes de los EE. UU. Es importante que los contemos a todos, sin importar dónde puedan estar viviendo en el momento del censo. Este Cuestionario Individual del Censo se usará para contar a las personas que vivían, se quedaban o recibían servicios en alojamientos de grupo el 1 de abril de 2020. Algunos ejemplos de alojamientos de grupo incluyen residencias universitarias, hogares de ancianos (*nursing homes*), hogares de grupo, centros de tratamiento residenciales, alojamientos de grupo para trabajadores e instalaciones correccionales. **Conteste TODAS las preguntas en este cuestionario. Después siga las instrucciones que le dieron cuando recibió este cuestionario para poder enviarlo a la persona apropiada.** A usted se le requiere por ley que responda al censo (Secciones 141, 193, 221 y 223 del Título 13 del Código de los EE. UU.).

Pase a la página 2 para comenzar.

Oficina

Condado

BCU

Punto en el mapa

Identificación dentro del punto en el mapa

UHE BCU

UHE Punto en el mapa

UHE Identificación dentro del punto en el mapa

La Oficina del Censo calcula que completar el cuestionario tomará 25 minutos como promedio. Los comentarios sobre el cálculo del tiempo o cualquier otro aspecto relacionado deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project 0607-1006, U.S. Census Bureau, DCMD-2H174, 4600 Silver Hill Road, Washington, DC 20233. Puede enviar comentarios por correo electrónico a <2020.census.paperwork@census.gov>. Use "Paperwork Reduction Project 0607-1006" como tema.

Esta recopilación de información ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de aprobación de ocho dígitos de la OMB que aparece en la parte superior derecha del cuestionario confirma la aprobación. De no mostrarse este número, no podríamos realizar el censo.

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Identificación de alojamientos de grupo

A. PN

B. Respondido por:

Persona encuestada

Observación (TNSOL solamente)

C. QC: Rehacer

Administrador(a) del alojamiento de grupo

Otro

D. JIC1

JIC2

Comience aquí

Use un bolígrafo de tinta azul o negra.

1. ¿Cuál es su nombre? Escriba el nombre a continuación.

Apellido(s)

Nombre

Inicial

2. ¿Usted vive o se queda aquí la mayor parte del tiempo?

Sí No

3. Además de aquí, ¿cuál es la dirección completa de un lugar donde usted vive o se queda a veces?

Nunca me quedo en ningún otro lugar. Solo vivo aquí.

Número de la dirección (Por ejemplo: 5007)

Nombre de la calle (Por ejemplo: N Maple Ave)

Apto/Unidad (Por ejemplo: Apt A o Lot 3)

Descripción física (si corresponde)

Aldea/Municipio/Estate

Código Postal

4. ¿Es usted de sexo masculino o sexo femenino?

Marque UNA casilla.

Masculino Femenino

5. ¿Cuál es su edad el 1 de abril de 2020 y cuál es su fecha de nacimiento? Si usted no sabe la edad exacta, calcule aproximadamente. Para bebés menores de 1 año, no escriba los meses de edad. Escriba 0 como la edad.

Edad el 1 de abril de 2020

Escriba los números en las casillas.

Mes

Día

Año de nacimiento

 años

→ **NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 6 sobre origen hispano y la Pregunta 7 sobre raza. Para este censo, origen hispano no es una raza.**

6. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- No, no de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español – *Escriba, por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.* ↴

7. ¿Cuál es su raza?

Marque una o más casillas **Y** escriba los orígenes.

Blanca – *Escriba, por ejemplo, alemán, irlandés, inglés, italiano, libanés, egipcio, etc.* ↴

Negra o afroamericana – *Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaquino, haitiano, nigeriano, etiope, somalí, etc.* ↴

Indígena de las Américas o nativa de Alaska – *Escriba el nombre de la(s) tribu(s) en la(s) que está inscrita o la(s) tribu(s) principal(es), por ejemplo, Navajo Nation, Blackfeet Tribe, maya, azteca, Native Village of Barrow Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Community, etc.* ↴

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Chamorra |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba, por ejemplo, tongano, fijiano, de las Islas Marshall, etc.</i> ↴ | |

Alguna otra raza – *Escriba la raza o el origen.* ↴



8. ¿Dónde nació usted?

- Las Islas Vírgenes de los EE. UU.
- Fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. – *Escriba a continuación el nombre del estado de los EE. UU., territorio de los EE. UU. o país extranjero.* ↘

A Conteste la pregunta 9 si usted nació fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. De lo contrario, PASE a la pregunta 10a.

9. ¿Cuándo vino usted a vivir a las Islas Vírgenes de los EE. UU.? Si usted vino a vivir a las Islas Vírgenes de los EE. UU. más de una vez, escriba el último año.

Año

10. a. En algún momento desde el 1 de febrero de 2020, ¿ha asistido a la escuela o la universidad? Incluya solo guardería o preescolar, prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela secundaria o preparatoria (high school) o título universitario.

- Sí
- No → PASE a la pregunta 11

b. ¿Asistió a una escuela o universidad pública, una escuela o universidad privada o recibió enseñanza en el hogar?

- Escuela o universidad pública
- Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

c. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted? Marque UNA casilla.

- Guardería, preescolar o prekindergarten
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – *Especifique el grado, 1 – 12* ↘

- Estudios universitarios al nivel de licenciatura (freshman a senior)
- Escuela de posgrado o profesional más allá de un título de licenciatura universitaria (por ejemplo: un programa de maestría o doctorado o una escuela de medicina o leyes)

11. ¿Cuál es el título o nivel de educación más alto que ha COMPLETADO? Marque UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado o nivel más alto que haya recibido previamente.

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

GUARDERÍA O PREESCOLAR HASTA GRADO 12

- Guardería, preescolar o prekindergarten
- Kindergarten
- Grado 1 al 11 – *Especifique el grado, 1 – 11* ↘

- Grado 12 – **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA (HIGH SCHOOL)

- Diploma de escuela secundaria o preparatoria (high school)
- 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 12 si usted tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

12. Esta pregunta se enfoca en su TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA. ¿Cuál fue la concentración o concentraciones de estudio específicas de cualquier TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA que usted recibió? (Por ejemplo: ingeniería química, maestro de enseñanza primaria, psicología organizacional)

13. ¿Ha completado usted los requisitos para un programa de capacitación vocacional en una escuela vocacional, un hospital o algún otro tipo de escuela de capacitación ocupacional o lugar de trabajo? No incluya cursos universitarios académicos.

- Sí
- No

14. ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, francocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)

15. a. ¿Dónde nació su madre?

- Las Islas Vírgenes de los EE. UU.
- Fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. – *Escriba a continuación el nombre del estado de los EE. UU., territorio de los EE. UU. o país extranjero.* ↗

b. ¿Dónde nació su padre?

- Las Islas Vírgenes de los EE. UU.
- Fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. – *Escriba a continuación el nombre del estado de los EE. UU., territorio de los EE. UU. o país extranjero.* ↗

16. a. ¿Habla algún otro idioma que no sea inglés en su casa?

- Sí
- No → *PASE a la pregunta 17*

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamita.

c. ¿Qué tan bien habla usted inglés?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- Para nada

17. ¿Vivía usted en esta dirección hace 5 años (el 1 de abril de 2015)?

- La persona es menor de 5 años de edad → *PASE a la pregunta 19*
- Sí, en esta dirección → *PASE a la pregunta 19*
- No, en otra dirección en las Islas Vírgenes de los EE. UU.
- No, fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. – *Escriba a continuación el nombre del estado de los EE. UU., territorio de los EE. UU. o país extranjero.* ↗

18. ¿Cuál fue la principal razón para que usted se mudara?

Marque *UNA casilla.*

- Empleo
- Fuerzas Armadas
- Vivienda
- Por estudios
- Motivo familiar
- Desastre natural
- Otra razón

19. En 2019, ¿recibió usted beneficios del Programa de Cupones de Alimentos, SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) o NAP (Programa de Asistencia Nutricional)? NO incluya WIC, el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.

- Sí
- No

20. ¿Tiene usted ACTUALMENTE cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en los puntos a – h.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato (<i>union</i>), actual o previo (suyo 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 ciertas discapacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para personas con bajos ingresos o con discapacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Administración de Veteranos (VA) (inscrito[a] en el sistema de cuidado de salud militar 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 de salud o plan de cobertura de salud – <i>Especifique</i> ↗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. a. ¿Es usted sordo(a) o tiene una dificultad grave para oír?

- Sí
- No

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

- Sí
- No



C Responda las preguntas 22a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, el cuestionario se completó.

22. a. Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene usted una dificultad grave para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí
- No

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

- Sí
- No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
- No

D Conteste la pregunta 23 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, el cuestionario se completó.

23. Debido a un problema físico, 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

24. ¿Cuál es su estado civil?

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

25. En los ÚLTIMOS 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"/> |

26. ¿Cuántas veces ha estado usted casado(a)?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces o más

27. ¿En qué año se casó usted la última vez?

Año

E Conteste la pregunta 28 si usted es de sexo femenino y tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la pregunta 29a.

28. ¿Cuántos bebés ha tenido usted, sin contar los bebés nacidos muertos? No cuente a los hijastros ni a los niños que haya adoptado.

- Ninguno o Número de niños

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 30

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 30

c. ¿Cuánto tiempo hace que usted es responsable de estos nietos? Si usted 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 o 2 años
- 3 o 4 años
- 5 años o más



30. ¿Ha estado usted alguna vez en servicio activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los EE. UU.? Marque UNA casilla.

- Nunca estuvo en las Fuerzas Armadas → PASE a la pregunta 33a
- Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 32a
- En servicio activo ahora
- En servicio activo en el pasado, pero no ahora

31. ¿Cuándo estuvo usted en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Marque una casilla para CADA período durante el cual usted prestó servicio activo, aunque fuera solo por parte del período.

- Septiembre del 2001 o 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 o antes

32. a. ¿Tiene esta persona una clasificación de discapacidad de la Administración de Veteranos (VA) relacionada con el servicio en las Fuerzas Armadas?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 33a

b. ¿Qué porcentaje de discapacidad relacionada con el servicio en las Fuerzas Armadas tiene usted?

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 34
- No – No trabajó (o está jubilado[a])

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39a

34. ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA?

- En las Islas Vírgenes de los EE. UU. – Escriba el nombre de la aldea a continuación. ↴

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Fuera de las Islas Vírgenes de los EE. UU. – Escriba el nombre del estado o territorio de los EE. UU. o del país extranjero a continuación. ↴

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

35. ¿Cómo llegó usted habitualmente al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.

- Automóvil, camión o van/autobús privado
- Van/autobús público
- Taxi
- Motocicleta
- Bicicleta
- Caminó
- Avión o hidroavión
- Lancha, ferri o taxi acuático
- Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 43a
- Otro método

F Conteste la pregunta 36 si marcó "Automóvil, camión o van/autobús privado" en la pregunta 35. De lo contrario, PASE a la pregunta 37.

36. ¿Cuántas personas, incluyéndose usted, habitualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van/autobús privado LA SEMANA PASADA?

Persona(s)

--	--	--	--

37. LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora comenzaba su viaje al trabajo habitualmente?

Hora Minuto a. m.
 p. m.

		:		
--	--	---	--	--

38. ¿Cuántos minutos le tomó a usted habitualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?

Minutos

--	--	--

G Conteste las preguntas 39 – 42a si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 42b.

39. a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted despedido(a) temporalmente (layoff) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 39c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORALMENTE de un 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 42a
- No → PASE a la pregunta 40

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 41
- No

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 42a

41. 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.)

42. a. ¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

- 2020
- 2019 → PASE a la pregunta 43a
- 2015 a 2018 → PASE a la sección H
- 2014 o antes, o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46

b. EL AÑO PASADO, 2019, ¿trabajó usted en un empleo o negocio en algún momento?

- Sí
- No → PASE a la sección H

43. a. Durante 2019 (las 52 semanas), ¿trabajó usted TODAS las semanas? Cuente los días de vacaciones pagados, días por enfermedad pagados y el servicio en las Fuerzas Armadas como trabajo.

- Sí → PASE a la pregunta 44
- No

b. Durante 2019 (las 52 semanas), ¿cuántas SEMANAS trabajó usted? Incluya días libres pagados y semanas en las que usted trabajó solo unas pocas horas.

Semanas

44. Durante 2019, en las SEMANAS TRABAJADAS, ¿cuántas horas trabajó usted cada SEMANA habitualmente?

Horas habituales trabajadas cada SEMANA

H Conteste las preguntas 45a – f si usted trabajó durante los últimos 5 años (desde 2015). De lo contrario, PASE a la pregunta 46.

45. DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La siguiente serie de preguntas se refiere al tipo de empleo que usted tenía la semana pasada.

Si usted tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual trabajó más horas. Si usted no trabajó la semana pasada, describa el empleo más reciente en los últimos cinco años.

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su empleo la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos cinco años (desde 2015)? Marque UNA casilla.

EMPLEADO(A) DEL SECTOR PRIVADO

- Empresa u organización con fines de lucro
- Organización sin fines de lucro (incluyendo organizaciones exentas de impuestos y organizaciones benéficas)

EMPLEADO(A) DEL GOBIERNO

- Gobierno local o territorial (por ejemplo: escuela primaria pública)
- Servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU. o en los Cuerpos Comisionados
- Empleado(a) civil del gobierno federal

EMPLEADO(A) POR CUENTA PROPIA U OTRO

- Propietario(a) de un negocio, práctica profesional o finca no incorporados
- Propietario(a) de un negocio, práctica profesional o finca incorporados
- Trabajó sin paga en un negocio o finca de la familia con fines de lucro 15 horas o más por semana

b. ¿Cuál era el nombre de su empleador, negocio, agencia o rama de las Fuerzas Armadas?

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este?

Incluya la actividad, producto o servicio principal provisto en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de:

Marque UNA casilla.

- manufactura?
- comercio al por mayor?
- comercio al por menor?
- otro tipo (agricultura, construcción, servicio, gobierno, etc.)?



e. ¿Cuál era su ocupación principal?

(Por ejemplo: maestro de 4to. grado, plomero principiante)

Three empty grid boxes for entering occupation details.

f. Describa sus actividades o responsabilidades más importantes. (Por ejemplo: enseñar y evaluar a los estudiantes y preparar las lecciones, montar e instalar secciones de tuberías y revisar los planes de construcción para las especificaciones del trabajo)

Four empty grid boxes for describing activities or responsibilities.

46. INGRESOS EN 2019

Marque la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió usted y anote el mejor cálculo de la CANTIDAD TOTAL recibida durante 2019.

Marque la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

Si el ingreso neto fue una pérdida, marque la casilla "Pérdida" a la derecha de la cantidad de dólares.

Para el ingreso recibido en conjunto, solo informe la parte que le corresponde a usted.

a. ¿Recibió usted jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas en 2019?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas de todos los trabajos?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

b. ¿Recibió usted algún ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad en 2019?

Sí → ¿Cuál fue el ingreso neto después de descontar los gastos del negocio?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

Pérdida

c. ¿Recibió usted algún interés, dividendo, ingresos netos por rentas, ingresos por derechos de autor o ingresos por herencias y fideicomisos en 2019? Informe incluso cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

Pérdida

d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o jubilación para empleados ferroviarios en 2019?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

e. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) en 2019?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

f. ¿Recibió usted algún pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local en 2019?

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

g. ¿Recibió usted alguna pensión por jubilación, pensión de sobrevivientes o pensión por discapacidad en 2019?

Incluya ingresos de un empleador o sindicato anterior, o todo retiro o distribución regular de un IRA, Roth IRA, 401(k) o 403(b) u otras cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

h. ¿Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia? NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o venta de una casa.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

CANTIDAD TOTAL – Dólares

\$.00

No

47. ¿Cuál fue su ingreso total en 2019? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 46a–46h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la cantidad y marque la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad de dólares.

CANTIDAD TOTAL para 2019

O \$.00

Ninguno

Pérdida