



United States[®]
Census
Bureau

La Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

Comience Aquí

Responda hoy por la Internet en:
<https://respond.census.gov/acs>

o

Llene y devuelva por correo este cuestionario tan pronto sea posible.

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



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

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

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

NEED HELP? If you speak English and need help completing this form, call toll-free **1-800-354-7271**. You can also complete your interview over the phone with an English-speaking interviewer. Or you can respond online at: <https://respond.census.gov/acs>

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

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

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

→ **Por favor, escriba en letra de molde el nombre y número de teléfono de la persona que está completando este cuestionario.** Nos comunicaremos con usted solo si es necesario para asuntos oficiales de la Oficina del Censo.

Apellido

Nombre Inicial

Código de área y número de teléfono
 -

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

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

Número de personas

→ **Complete las páginas 2, 3, 4, 5, 6 y 7 para todas las personas, incluyéndose a usted mismo, que estén viviendo o quedándose en esta dirección por más de 2 meses. Luego, complete el resto del cuestionario.**



Persona 1

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

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 1?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

Persona 1

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 1?

Marque (X) UNA casilla.

Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 1 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

5 ¿Es la Persona 1 de origen hispano, latino o español?

- No, no es 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.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 1?

Marque (X) 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, etíope, 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.* ↴

China Vietnamita Nativa de Hawái

Filipina Coreana Samoana

India asiática Japonesa Chamorra

Otra asiática – *Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.* ↴

Otra de las islas del Pacífico – *Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc.* ↴

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



Persona 2

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 2?

Apellido (*Por favor, escriba en letra de molde*)

Nombre

Inicial

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

- Esposo(a) del sexo opuesto
- Pareja no casada del sexo opuesto
- Esposo(a) del mismo sexo
- Pareja no casada del mismo sexo
- Hijo(a) biológico(a) o de sangre
- Hijo(a) adoptivo(a)
- Hijastro(a)
- Hermano(a)
- Padre o madre
- Nieto(a)
- Suegro(a)
- Yerno o nuera
- Otro pariente
- Roommate o compañero(a) de casa
- Hijo(a) *foster*
- Otra persona que no es pariente

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 2?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 2 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

→ **NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 5 sobre origen hispano y la Pregunta 6 sobre raza. Para este censo, origen hispano no es una raza.**

5 ¿Es la Persona 2 de origen hispano, latino o español?

- No, no es 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.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 2? Marque (X) 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, etíope, 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, pakistani, camboyano, hmong, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc.</i> ↴ | |

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



Persona 3

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 3?

Apellido (*Por favor, escriba en letra de molde*)

Nombre

Inicial

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

- Espos(a) del sexo opuesto
- Pareja no casada del sexo opuesto
- Espos(a) del mismo sexo
- Pareja no casada del mismo sexo
- Hijo(a) biológico(a) o de sangre
- Hijo(a) adoptivo(a)
- Hijastro(a)
- Hermano(a)
- Padre o madre
- Nieto(a)
- Suegro(a)
- Yerno o nuera
- Otro pariente
- Roommate o compañero(a) de casa
- Hijo(a) *foster*
- Otra persona que no es pariente

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 3?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 3 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

5 ¿Es la Persona 3 de origen hispano, latino o español?

- No, no es 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.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 3?

Marque (X) 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, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, 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.* ↴

- China Vietnamita Nativa de Hawái
- Filipina Coreana Samoana
- India asiática Japonesa Chamorra
- Otra asiática – *Escriba, por ejemplo, pakistani, camboyano, hmong, etc.* ↴ Otra de las islas del Pacífico – *Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc.* ↴

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



Persona 4

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 4?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

- Espos(a) del sexo opuesto
- Pareja no casada del sexo opuesto
- Espos(a) del mismo sexo
- Pareja no casada del mismo sexo
- Hijo(a) biológico(a) o de sangre
- Hijo(a) adoptivo(a)
- Hijastro(a)
- Hermano(a)
- Padre o madre
- Nieto(a)
- Suegro(a)
- Yerno o nuera
- Otro pariente
- Roommate o compañero(a) de casa
- Hijo(a) *foster*
- Otra persona que no es pariente

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 4?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 4 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

→ **NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 5 sobre origen hispano y la Pregunta 6 sobre raza. Para este censo, origen hispano no es una raza.**

5 ¿Es la Persona 4 de origen hispano, latino o español?

- No, no es 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.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 4?

Marque (X) 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, etíope, 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.* ↴

- China Vietnamita Nativa de Hawái
- Filipina Coreana Samoana
- India asiática Japonesa Chamorra
- Otra asiática – *Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.* ↴ Otra de las islas del Pacífico – *Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc.* ↴

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



Persona 5

1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 5?

Apellido (*Por favor, escriba en letra de molde*)

Nombre

Inicial

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

- Espos(a) del sexo opuesto
- Pareja no casada del sexo opuesto
- Espos(a) del mismo sexo
- Pareja no casada del mismo sexo
- Hijo(a) biológico(a) o de sangre
- Hijo(a) adoptivo(a)
- Hijastro(a)
- Hermano(a)
- Padre o madre
- Nieto(a)
- Suegro(a)
- Yerno o nuera
- Otro pariente
- Roommate o compañero(a) de casa
- Hijo(a) *foster*
- Otra persona que no es pariente

3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 5?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino Femenino

4 ¿Cuál es la edad de la Persona 5 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, no escriba la edad en meses. Solo escriba 0.

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

→ **NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 5 sobre origen hispano y la Pregunta 6 sobre raza. Para este censo, origen hispano no es una raza.**

5 ¿Es la Persona 5 de origen hispano, latino o español?

- No, no es 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.* ↴

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 5? Marque (X) 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, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, 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.* ↴

- China Vietnamita Nativa de Hawái
- Filipina Coreana Samoana
- India asiática Japonesa Chamorra
- Otra asiática – *Escriba, por ejemplo, pakistani, camboyano, hmong, etc.* ↴ Otra de las islas del Pacífico – *Escriba, por ejemplo, tongano, fiyiano, de las Islas Marshall, etc.* ↴

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



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

Persona 6

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 7

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 8

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 9

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 10

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 11

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)

Persona 12

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo Masculino Femenino

Edad (en años)



Vivienda

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

1 ¿Cuál describe mejor este edificio?
Incluya todos los apartamentos, pisos, etc. aunque estén desocupados.

- Una casa móvil
- Una casa separada de cualquier otra casa
- Una casa unida a una o más casas
- Un edificio con 2 apartamentos
- Un edificio con 3 o 4 apartamentos
- Un edificio con 5 a 9 apartamentos
- Un edificio con 10 a 19 apartamentos
- Un edificio con 20 a 49 apartamentos
- Un edificio con 50 apartamentos o más
- Bote o barco, vehículo recreativo, van, etc.

2 Aproximadamente, ¿cuándo se construyó originalmente este edificio?

2000 ó después –
Especifique el año ↗

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

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

Mes

Año

A *Conteste las preguntas 4 a 5 si esta es una CASA O CASA MÓVIL; de lo contrario, PASE a la pregunta 6a.*

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

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

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

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

6 a. ¿Cuántas habitaciones separadas hay en esta casa, apartamento o casa móvil?

Las habitaciones deben estar separadas por arcos o paredes que se extienden hacia fuera por lo menos seis pulgadas y van desde el piso hasta el techo.

- **INCLUYA** dormitorios, cocinas, salas, etc.
- **NO INCLUYA** baños, terrazas, balcones, entradas, pasillos, o sótanos sin terminar.

Número de habitaciones

b. ¿Cuántas de estas habitaciones son dormitorios? *Cuente como dormitorios las habitaciones que usted incluiría en un anuncio si esta casa, apartamento o casa móvil estuviera a la venta o para alquiler. Si es un estudio/apartamento sin dormitorios separados, escriba "0".*

Número de dormitorios



Vivienda (continuación)

7 ¿Tiene esta casa, apartamento o casa móvil –

- | | Sí | No |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. agua caliente y fría por tubería? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. una bañera o ducha? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. fregadero con llave del agua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. una estufa para cocinar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. un refrigerador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 ¿Puede usted o algún miembro del hogar hacer y recibir llamadas telefónicas cuando está en esta casa, este apartamento, o esta casa móvil?

Incluya llamadas hechas con teléfonos celulares, teléfonos fijos o cualquier otro tipo de teléfono.

- Sí
 No

9 En esta casa, apartamento o casa móvil, ¿tiene o usa usted o algún otro miembro de este hogar alguno de los siguientes tipos de computadoras?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Computadora de escritorio o laptop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <i>Smartphone</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tableta u otra computadora de mano inalámbrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Algún otro tipo de computadora <i>Especifique:</i> ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10 En esta casa, apartamento o casa móvil, ¿tiene usted o algún otro miembro de este hogar acceso a Internet?

- Sí, pagando a una compañía de teléfonos celulares o proveedor de servicio de Internet
- Sí, sin pagar a una compañía de teléfonos celulares o proveedor de servicio de Internet → *PASE a la pregunta 12*
- No hay acceso a Internet en esta casa, apartamento o casa móvil → *PASE a la pregunta 12*

11 ¿Tiene usted o algún otro miembro de este hogar acceso a la Internet a través de un –

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Plan de datos celulares para un <i>smartphone</i> u otro aparato móvil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Servicio de Internet de banda ancha (alta velocidad) tal como servicio de cable, fibra óptica, o <i>DSL</i> instalado en este hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicio de Internet por satélite instalado en este hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Servicio de Internet de conexión <i>Dial Up</i> instalado en este hogar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Algún otro servicio?
<i>Especifique el servicio:</i> ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12 ¿Cuántos automóviles, *vans*, o camiones hay en su casa para uso de los miembros de este hogar? No cuente camiones que puedan cargar más de una tonelada.

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

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

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



Persona 1

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

Apellido

Nombre

Inicia

7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

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

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

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

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona 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 título universitario.*

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

Escuela o universidad pública

Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *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*)

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

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*)



Persona 1 (continuación)

F Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

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

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

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

14 a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos

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

16 ¿Tiene esta persona cobertura **ACTUALMENTE** de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura 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 esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado 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 seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Persona 1 (continuación)

G Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

17 a. ¿Tiene este plan una prima o cuota?
Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

b. ¿Recibe esta persona o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en el ingreso de la familia como ayuda para pagar la prima o cuota?

- Sí
 No

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

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí
 No

H Conteste las preguntas 19a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 19.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

I Conteste la pregunta 20 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 19.

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

- Sí
 No

21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?

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

22 En los PASADOS 12 MESES, ¿esta persona –

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

23 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Persona 1 (continuación)

J Conteste la pregunta 25 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha dado a luz esta persona?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

27 ¿Ha estado esta persona 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 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

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

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

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

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

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

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



Persona 1 (continuación)

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

- Sí → PASE a la pregunta 31
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 36a

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

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

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

- b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

- 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 de los Estados Unidos**

- e. Nombre del estado o país extranjero**

- f. Código Postal**

- 32 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largos o de cercanías | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- K** Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

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

Persona(s)

- 34 LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?**

Hora Minutos a.m.
 p.m.

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

Minutos

- L** Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

- 36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 39
 No → PASE a la pregunta 37

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

- Sí → PASE a la pregunta 38
 No



Persona 1 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **M**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó esta persona **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó esta persona? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

M Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos 5 años? Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

GOVERNMENT EMPLOYEE

- Gobierno local** (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
- Gobierno estatal** (incluso universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de: Marque (X) UNA casilla.

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



Persona 2

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 2 que aparece en la página 3. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicia

7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

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

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

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

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.

Año

10 a. **En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona 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 título universitario.*

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

Escuela o universidad pública

Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

b. **¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona?** *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*)

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

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*)



Persona 2 (continuación)

F Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

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

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

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

14 a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos

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

16 ¿Tiene esta persona cobertura **ACTUALMENTE** de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura 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 esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado 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 seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Persona 2 (continuación)

G Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

17 a. ¿Tiene este plan una prima o cuota?
Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

b. ¿Recibe esta persona o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en el ingreso de la familia como ayuda para pagar la prima o cuota?

- Sí
 No

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

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí
 No

H Conteste las preguntas 19a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 3 en la página 26.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

I Conteste la pregunta 20 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 3 en la página 26.

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

- Sí
 No

21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?

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

22 En los PASADOS 12 MESES, ¿esta persona –

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

23 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año



Persona 2 (continuación)

J Conteste la pregunta 25 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha dado a luz esta persona?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

27 ¿Ha estado esta persona 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 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

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

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

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

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

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

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



Persona 2 (continuación)

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

- Sí → PASE a la pregunta 31
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 36a

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

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

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

- b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

- 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 de los Estados Unidos**

- e. Nombre del estado o país extranjero**

- f. Código Postal**

- 32 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largos o de cercanías | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- K** Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

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

Persona(s)

- 34 LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?**

Hora Minutos a.m.
 p.m.

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

Minutos

- L** Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

- 36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 39
 No → PASE a la pregunta 37

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

- Sí → PASE a la pregunta 38
 No



Persona 2 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **M**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó esta persona **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó esta persona? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

M Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos 5 años? Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

GOVERNMENT EMPLOYEE

- Gobierno local** (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
- Gobierno estatal** (incluso universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de:
Marque (X) UNA casilla.

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



Persona 3

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

Apellido

Nombre

Inicia

7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

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

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

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

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona 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 título universitario.*

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

Escuela o universidad pública

Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *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*)

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

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*)



Persona 3 (continuación)

F Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

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

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

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

14 a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos

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

16 ¿Tiene esta persona cobertura **ACTUALMENTE** de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura 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 esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado 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 seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Persona 3 (continuación)

G Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

- 17 a. ¿Tiene este plan una prima o cuota?**
Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

- b. ¿Recibe esta persona o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en el ingreso de la familia como ayuda para pagar la prima o cuota?**

Sí
 No

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

Sí
 No

- b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?**

Sí
 No

H Conteste las preguntas 19a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 4 en la página 33.

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

Sí
 No

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

Sí
 No

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

Sí
 No

I Conteste la pregunta 20 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 4 en la página 33.

- 20 Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona dificultad para hacer diligencias o mandados sola, tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?**

Sí
 No

- 21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?**

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

- 22 En los PASADOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

- 23 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?**

Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

- 24 ¿En qué año se casó la última vez esta persona?**

Año



Persona 3 (continuación)

J Conteste la pregunta 25 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha dado a luz esta persona?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

27 ¿Ha estado esta persona 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 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

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

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

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

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

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

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



Persona 3 (continuación)

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

- Sí → PASE a la pregunta 31
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 36a

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

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

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

- b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

- 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 de los Estados Unidos**

- e. Nombre del estado o país extranjero**

- f. Código Postal**

- 32 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largos o de cercanías | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- K** Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

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

Persona(s)

- 34 LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?**

Hora Minutos a.m.
 p.m.

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

Minutos

- L** Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

- 36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 39
 No → PASE a la pregunta 37

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

- Sí → PASE a la pregunta 38
 No



Persona 3 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **M**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó esta persona **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó esta persona? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

M Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos 5 años? Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

GOVERNMENT EMPLOYEE

- Gobierno local** (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
- Gobierno estatal** (incluso universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de:
Marque (X) UNA casilla.

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



Persona 4

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

Apellido

Nombre

Inicia

7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

- Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*
- Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte
- Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.
- Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización – *Escriba el año de naturalización* ↘

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona 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 título universitario.

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

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? 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*)

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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*)



Persona 4 (continuación)

F Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

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

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

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

14 a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos

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

16 ¿Tiene esta persona cobertura **ACTUALMENTE** de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura 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 esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado 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 seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Persona 4 (continuación)

G Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

17 a. ¿Tiene este plan una prima o cuota?
Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

b. ¿Recibe esta persona o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en el ingreso de la familia como ayuda para pagar la prima o cuota?

- Sí
 No

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

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí
 No

H Conteste las preguntas 19a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 5 en la página 40.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

I Conteste la pregunta 20 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 5 en la página 40.

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

- Sí
 No

21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?

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

22 En los PASADOS 12 MESES, ¿esta persona –

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

23 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Persona 4 (continuación)

J Conteste la pregunta 25 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha dado a luz esta persona?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

27 ¿Ha estado esta persona 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 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

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

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

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

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

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

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



Persona 4 (continuación)

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

- Sí → PASE a la pregunta 31
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 36a

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

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

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

- b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

- 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 de los Estados Unidos**

- e. Nombre del estado o país extranjero**

- f. Código Postal**

- 32 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largos o de cercanías | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- K** Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

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

Persona(s)

- 34 LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?**

Hora Minutos a.m.
 p.m.

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

Minutos

- L** Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

- 36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 39
 No → PASE a la pregunta 37

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

- Sí → PASE a la pregunta 38
 No



Persona 4 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **M**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó esta persona **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó esta persona? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

M Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos 5 años? Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

GOVERNMENT EMPLOYEE

- Gobierno local** (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
- Gobierno estatal** (incluso universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de:
Marque (X) UNA casilla.

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



Persona 5

➔ **Por favor, copie el nombre de la Persona 5 que aparece en la página 6. Luego, continúe contestando las siguientes preguntas.**

Apellido

Nombre

Inicia

7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

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

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

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

No, no es ciudadana de los Estados Unidos

9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.

Año

10 a. **En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona 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 título universitario.*

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

Escuela o universidad pública

Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

b. **¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona?** *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*)

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

No ha completado ningún grado

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*)



Persona 5 (continuación)

F Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

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

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

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

14 a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos

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

16 ¿Tiene esta persona cobertura **ACTUALMENTE** de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura 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 esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado 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 seguro de salud – Especifique ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Persona 5 (continuación)

G Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

17 a. ¿Tiene este plan una prima o cuota?
Una prima o cuota es una cantidad fija de dinero que se paga regularmente para la cobertura de salud. No incluye los copagos, deducibles ni otros gastos, tales como los costos de las medicinas recetadas.

- Sí
 No → PASE a la pregunta 18a

b. ¿Recibe esta persona o algún otro miembro de la familia un crédito fiscal o subsidio basado en el ingreso de la familia como ayuda para pagar la prima o cuota?

- Sí
 No

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

- Sí
 No

b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

- Sí
 No

H Conteste las preguntas 19a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las instrucciones de envío en la página 48.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

I Conteste la pregunta 20 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las instrucciones de envío en la página 48.

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

- Sí
 No

21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?

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

22 En los PASADOS 12 MESES, ¿esta persona –

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

23 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año



Persona 5 (continuación)

J Conteste la pregunta 25 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 26a.

25 En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha dado a luz esta persona?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

27 ¿Ha estado esta persona 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 30a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

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

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

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

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
 No → PASE a la pregunta 30a

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

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



Persona 5 (continuación)

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

- Sí → PASE a la pregunta 31
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 36a

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

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

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

- b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

- 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 de los Estados Unidos**

- e. Nombre del estado o país extranjero**

- f. Código Postal**

- 32 ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren de viajes largos o de cercanías | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- K** Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.

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

Persona(s)

- 34 LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?**

Hora Minutos a.m.
 p.m.

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

Minutos

- L** Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

- 36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 39
 No → PASE a la pregunta 37

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

- Sí → PASE a la pregunta 38
 No



Persona 5 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

- En los últimos 12 meses
- Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **M**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43

40 a. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿trabajó esta persona **TODAS** las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

b. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas)**, ¿cuántas **SEMANAS** trabajó esta persona? Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.

Semanas

41 En las **SEMANAS TRABAJADAS** durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada **SEMANA**?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

M Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últimos 5 años? Marque (X) UNA casilla.

EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

- Compañía u organización **con fines de lucro**
- Organización **sin fines de lucro** (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)

GOVERNMENT EMPLOYEE

- Gobierno local** (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
- Gobierno estatal** (incluso universidades estatales)
- Servicio activo** en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
- Empleado civil del **gobierno federal**

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal que se ofrecía en el lugar de empleo. (Por ejemplo: escuela primaria, construcción residencial)

d. ¿Era este(a) principalmente de: Marque (X) UNA casilla.

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



La página 47 se ha dejado en blanco intencionalmente



Instrucciones sobre envío por correo

→ Por favor, asegúrese de que ha...

- listado todos los nombres y contestado todas las preguntas en las páginas 2, 3, 4, 5, 6 y 7
- contestado todas las preguntas sobre Vivienda
- contestado todas las preguntas sobre Personas para cada persona

→ Entonces...

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

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

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

Gracias por participar en la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense.

Para Uso de la Oficina del Censo

POP

EDIT

PHONE

JIC1

JIC2

EDIT CLERK

TELEPHONE CLERK

JIC3

JIC4

La Oficina del Censo estima que, al hogar típico, le tomará 40 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Project, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, ADDC – 4H277, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a aco.pra@census.gov; escriba "Paperwork Project" en el espacio para el tema. Por favor, NO DEVUELVA su cuestionario a esta dirección. Use el sobre predirigido adjunto para devolver su cuestionario completado.

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

