

#### La Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

#### Comience Aquí

Usted tiene dos maneras de responder:



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





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

La ley requiere que usted responda.

La Oficina del Censo de los EE. UU. realiza la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense. Esta encuesta es solo una de unas pocas encuestas que la ley requiere que los destinatarios respondan. La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información.



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

Teléfono de Texto (TTY, por sus siglas en inglés): Llame al 1-800-786-9448.

NEED HELP? Call toll-free 1-800-354-7271.

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

-	-2.1

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.

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

000 000 - 0000			- 0000
----------------	--	--	--------



- ¿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 - 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.

FORM ACS-1(SP)(2021) (05-29-2020)

Núm. de OMB 0607-0810 Núm. de OMB 0607-0936



Persona 1 (Persona 1 es la persona que está viviendo o quedándose → NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta aquí que es dueña de esta casa o apartamento, o lo está 5 sobre origen hispano y la Pregunta 6 sobre raza. comprando o alquilando. Si no existe tal persona, Para esta encuesta, origen hispano no es una raza. comience con el nombre de cualquier adulto que está ¿Es la Persona 1 de origen hispano, latino o viviendo o quedándose aquí.) español? No, no es de origen hispano, latino o español Por favor, escriba la fecha de hoy en letra de molde. Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano Sí, puertorriqueño Sí, cubano ¿Cuál es el nombre de la Persona 1? Sí, de otro origen hispano, latino o español - Escriba, por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano, Apellido (Por favor, escriba en letra de molde) guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. 🗸 Nombre Inicial ¿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. 🗸 ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1? Persona 1 Negra o afroamericana - Escriba, por ejemplo, ¿Cuál es el sexo de la Persona 1? afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc. 🗸 Marque (X) UNA casilla. Masculino Femenino ¿Cuál es la edad de la Persona 1 y cuál es su fecha de nacimiento? Para bebés menores de un año, 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) no escriba la edad en meses. Solo escriba 0. tribu(s) principal(es), por ejemplo, Navajo Nation, Blackfeet Tribe, maya, azteca, Native Village of Barrow Escriba los números en las casillas. Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Día Edad (en años) Año de nacimiento Mes China Vietnamita Nativa de Hawái Samoana **Filipina** Coreana India asiática Japonesa Chamorra Otra asiática -Otra de las Islas Escriba, por del Pacífico ejemplo, Escriba, por ejemplo, pakistaní, tongano, fiyiano, camboyano, de las Islas hmong, etc. 7 Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen. 📈



¿Cuál es el nombre de la Persona 2?  Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)	¿Es la Persona 2 de origen hispano, latino o español?  No, no es de origen hispano, latino o español
Nombre Inicial  ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1? Marque (X) UNA casilla.	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.
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)  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  ¿Cuál es el sexo de la Persona 2?  Marque (X) UNA casilla.  Masculino  Femenino  ¿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	[Cuál es la raza de la Persona 2? Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes

¿Cuál es el nombre de la Persona 3?  Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)	5 ¿Es la Persona 3 de origen hispano, latino o español?
Apellido ( <i>Foi Tavoi, escriba en Tetra de Molde)</i>	No, no es de origen hispano, latino o español  Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
Nombre Inicial	Sí, puertorriqueño  Sí, cubano
¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1? <i>Marque (X) UNA casilla.</i>	Sí, de otro origen hispano, latino o español – Escrib por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano guatemalteco, español, ecuatoriano, etc. Z
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	Cuál es la raza de la Persona 3?  Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígene  Blanca – Escriba, por ejemplo, alemán, irlandés, ing italiano, libanés, egipcio, etc.   Negra o afroamericana – Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etíc somalí, etc.   Indígena de las Américas o nativa de Alaska – Escriba nombre de la(s) tribu(s) en la(s) que está inscrita o la tribu(s) principal(es), por ejemplo, Navajo Nation, Blackfeet Tribe, maya, azteca, Native Village of Barro Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Community, etc.   □
Hijo(a) foster  Otra persona que no es pariente  ¿Cuál es el sexo de la Persona 3?  Marque (X) UNA casilla.  Masculino Femenino  ¿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	China Vietnamita Nativa de H  Filipina Coreana Samoana  India asiática Japonesa Chamorra  Otra asiática − Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc. ✓  Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen. ✓

¿Cuál es el nombre de la Persona 4?  Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)	¿Es la Persona 4 de origen hispano, latino o español?  No, no es de origen hispano, latino o español
Nombre Inicial ¿Cómo está relacionada esta persona con la Persona 1? Marque (X) UNA casilla.	<ul> <li>Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano</li> <li>Sí, puertorriqueño</li> <li>Sí, cubano</li> <li>Sí, de otro origen hispano, latino o español - Escriba, por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.</li></ul>
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  ¿Cuál es el sexo de la Persona 4?  Marque (X) UNA casilla.  Masculino  Femenino  ¿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	Cuál es la raza de la Persona 4?  Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes  Blanca – Escriba, por ejemplo, alemán, irlandés, inglé italiano, libanés, egipcio, etc.   Negra o afroamericana – Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etíopa somalí, etc.   Indígena de las Américas o nativa de Alaska – Escriba e 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 Hav Filipina Coreana Samoana India asiática Japonesa Chamorra  Otra asiática − Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza − Escriba la raza o el origen.

¿Cuál es el nombre de la Persona 5?  Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)	¿Es la Persona 5 de origen hispano, latino o español?  No, no es de origen hispano, latino o español
Nombre Inicial  ¿Cómo está relacionada esta persona con la  Persona 1? Marque (X) UNA casilla.	<ul> <li>Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano</li> <li>Sí, puertorriqueño</li> <li>Sí, cubano</li> <li>Sí, de otro origen hispano, latino o español - Escriba, por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano, guatemalteco, español, ecuatoriano, etc.</li></ul>
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  ¿Cuál es el sexo de la Persona 5? Marque (X) UNA casilla. Masculino Femenino  ¿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	Alguna otra 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.   Blanca – Escriba, por ejemplo, alemán, irlandés, inglés italiano, libanés, egipcio, etc.   Indígena o afroamericana – Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaiquino, haitiano, nigeriano, etiopes somalí, etc.   Indígena de las Américas o nativa de Alaska – Escriba e 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 Inupitat Traditional Government, Nome Eskimo Community, etc.   China Vietnamita Nativa de Hawa Filipina Coreana Samoana India asiática Japonesa Chamorra  Otra de las Isla del Pacífico – Escriba, por ejemplo, pakistaní, camboyano, hmong, etc.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   Alguna otra raza – Escriba la raza o el origen.   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 les molde en los espacios para las personas de la 6 a la 12. Es posible que lo llamemos para obtener má 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 ( <i>Por favor, escriba en letra de molde</i> )  Nombre	Inicial
Apollido (1 or ravor, esoriba en retra de morde)	
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	
	Judat I
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.	A Conteste las preguntas 4 a 5 si esta es una CASA O CASA MÓVIL; de lo contrario, PASE a la pregunta 6a.
¿Cuál describe mejor este edificio? Incluya todos los apartamentos, pisos, etc. aunque estén desocupados.	4 ¿En cuántos acres está situada esta casa o casa móvil?
Una casa móvil	Menos de un acre → PASE a la pregunta 6a
Una casa separada de cualquier otra casa	1 a 9.9 acres
Una casa unida a una o más casas	10 acres o más
Un edificio con 2 apartamentos	
Un edificio con 3 o 4 apartamentos	5 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el tot de las ventas realizadas de todos los productos
Un edificio con 5 a 9 apartamentos	agrícolas de esta propiedad?
Un edificio con 10 a 19 apartamentos	Cero
Un edificio con 20 a 49 apartamentos	\$1 a \$999
Un edificio con 50 apartamentos o más	\$1,000 a \$2,499
Bote o barco, vehículo recreativo, van, etc.	\$2,500 a \$4,999
	\$5,000 a \$9,999
Aproximadamente, ¿cuándo se construyó originalmente este edificio?	\$10,000 ó más
Especifique el año   2010 a 2019  2000 a 2009  1990 a 1999  1980 a 1989  1970 a 1979  1960 a 1969  1950 a 1959  1940 a 1949  1939 ó antes  ¿Cuándo se mudó la Persona 1 (listada en la página 2) a esta casa, apartamento o casa móvil?	a. ¿Cuántas habitaciones separadas hay en esta casa, apartamento o casa móvil?  Las habitaciones deben estar separadas por arcos paredes que se extienden hacia fuera por lo meno seis pulgadas y van desde el piso hasta el techo.  INCLUYA dormitorios, cocinas, salas, etc.  NO INCLUYA baños, terrazas, balcones, entrada 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 e casa, apartamento o casa móvil estuviera a la vent para alquiler. Si es un estudio/apartamento sin dormitorios separados, escriba "0".  Número de dormitorios
Mes Año	

## Vivienda (continuación)

¿Tiene esta casa, apartamento o			Tiene usted o algún otro miembro de este nogar acceso a la Internet a través de un –
<ul> <li>a. agua caliente y fría por tubería?</li> <li>b. una bañera o ducha?</li> <li>c. fregadero con llave del agua?</li> <li>d. una estufa para cocinar?</li> <li>e. un refrigerador?</li> <li>¿Puede usted o algún miembro d recibir llamadas telefónicas cual casa, este apartamento, o esta calncluya llamadas hechas con teléfon teléfonos fijos o cualquier otro tipo de</li> </ul>	ndo está en esta asa móvil? os celulares,	a b	a. Plan de datos celulares para un smartphone u otro aparato móvil?  b. Servicio de Internet de banda ancha (alta velocidad) tal como servicio de cable, fibra óptica, o DSL instalado en este hogar?  c. Servicio de Internet por satélite instalado en este hogar?  d. Servicio de Internet de conexión Dial Up instalado en este hogar?
Sí No En esta casa, apartamento o casa usa usted o algún otro miembro alguno de los siguientes tipos de	de este hogar	s	Cuántos automóviles, <i>vans</i> , o camiones hay en su casa para uso de los miembros de este hogar? No cuente camiones que puedan cargar más de una tonelada.
<ul> <li>a. Computadora de escritorio o laptop</li> <li>b. Smartphone</li> <li>c. Tableta u otra computadora de mano inalámbrica</li> <li>d. Algún otro tipo de computadora Especifique:</li></ul>	Sí No		<ul> <li>Ninguno</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> <li>5</li> <li>6 ó más</li> </ul>
En esta casa, apartamento o casa usted o algún otro miembro de e acceso a Internet?  Sí, pagando a una compañía de celulares o proveedor de servicio de o proveedor de servicio de Intern <i>pregunta 12</i> No hay acceso a Internet en esta o casa móvil → PASE a la pregun	teléfonos o de Internet teléfonos celulares net → PASE a la casa, apartamento		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
			<ul><li>Energía solar</li><li>Otro combustible</li><li>No se utiliza combustible</li></ul>



# Vivienda (continuación)

casa móvil?	Sí → ¿Cuánto es la cuota mensual de
Costo el mes pasado – <i>Dólares</i>	condominio? Para inquilinos: conteste solo si paga la cuota de condominio
\$,	además del alquiler; de lo contrario, marque el cuadrado "Ninguna".
0	Cantidad mensual – Dólares
Incluido en el alquiler o cuota de condominio	\$ 000.00
No hay cargo o no se utiliza electricidad	, ,
b. EL MES PASADO, ¿cuánto fue el costo de gas para esta casa, apartamento o casa móvil?	O Ninguna
Costo el mes pasado – Dólares	□ No
\$ 0,000.00	Z ¿Es esta casa, apartamento o casa móvil –
0	Marque (X) UNA casilla.
Incluido en el alquiler o cuota de condominio	Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? <i>Incluya préstamos sobre el valor líquido de la casa.</i>
Incluido en el pago de electricidad anotado arriba	Propiedad suya o de alguien en este hogar libre
No hay cargo o no se utiliza gas	y sin deuda (sin una hipoteca o préstamo)?
c. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el	Alquilada?
costo de agua y alcantarillado o desagüe para esta casa, apartamento o casa móvil? Si ha vivido aquí menos de 12 meses, haga un estimado del costo.	Ocupada sin pago de alquiler? → PASE a la sección C en la próxima página.
Costo en los últimos 12 meses - Dólares	Contract to an analysis of the contract of the
\$ 0,000.00	Conteste las preguntas 18a y b si esta casa, apartamento o casa móvil está ALQUILADA. De lo contrario, PASE a la pregunta 19.
o	
Incluido en el alquiler o cuota de condominio	8 a. ¿Cuánto es el alquiler mensual para esta cas
No hay cargo	apartamento o casa móvil?
d. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el	Cantidad mensual – <i>Dólares</i>
costo de carbón, queroseno, aceite, leña, etc.,	\$
para esta casa, apartamento o casa móvil? Si ha vivido aquí menos de 12 meses, haga un estimado del costo.	b. ¿Incluye el alquiler mensual algunas comida
Costo en los últimos 12 meses – Dólares	☐ Sí
\$ 000.00	□ No
0	
Incluido en el alquiler o cuota de condominio	
No hay cargo o no se utilizan estos combustibles	
EN LOC III TIMOC 12 MECEC	
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted o algún otro miembro de este hogar beneficios del	
gobierno por medio del Programa de Cupones de Alimentos o SNAP (el Programa de Asistencia	
Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, ni el	
Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos	
Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.	



# Vivienda (continuación)

C	Conteste las preguntas 19 a 23 si usted u otra persona en este hogar ES DUEÑO de esta casa, apartamento o casa móvil, o lo ESTÁ	los pagos de impuestos sobre bienes raíces para ESTA propiedad?
	COMPRANDO. De lo contrario, PASE a la sección (E).	Sí, se incluyen los impuestos en el pago de la hipoteca
	.Dou ou évito avec votad voca a voca do éco a tra	No, los impuestos se pagan por separado o no se requieren impuestos
1	¿Por cuánto cree usted que se vendería esta casa y el terreno, apartamento, o casa móvil y el lote si estuviera para la venta?  Valor – Dólares	d. ¿Incluye el pago mensual regular de la hipoteca los pagos de la prima por concepto de seguro contra incendios, riesgos e inundaciones para ESTA propiedad?
	\$ 0,000,000	Sí, se incluye el seguro en el pago de la hipoteca
2		No, el seguro se paga por separado, o no se tiene seguro
2	bienes raíces sobre ESTA propiedad?	3 a. ¿Tiene usted o algún otro miembro de este
	Valor – <i>Dólares</i>	hogar una segunda hipoteca o un préstamo sobre el valor líquido (Home Equity Loan) de ESTA propiedad?
	0	Sí, un préstamo sobre el valor líquido de esta propiedad
	Ninguno	Sí, una segunda hipoteca
2	1 ¿Cuánto es el pago anual de la prima por concepto	Sí, una segunda hipoteca y un préstamo sobre el valor líquido de esta propiedad
	de seguro contra incendios, riesgos e inundaciones para ESTA propiedad?	No → PASE a la sección D
	Valor – <i>Dólares</i>	b. ¿Cuánto es el pago mensual regular de todas las segundas hipotecas y todos los préstamos sobre
	\$,00	el valor líquido de ESTA propiedad?  Cantidad mensual – Dólares
	0	.00000
	Ninguno	\$ .00
2	a. ¿Tiene usted o algún miembro de este hogar una hipoteca, una escritura de fideicomiso, contrato de compra, o alguna deuda de este tipo sobre ESTA propiedad?	☐ No se requiere ningún pago regular
	Sí, hipoteca, escritura de fideicomiso, o alguna deuda de este tipo	Conteste la pregunta 24 si ésta es una CASA MÓVIL. De lo contrario, PASE a la sección <b>E</b> .
	Sí, contrato de compra	
	Do → PASE a la pregunta 23a  b. ¿Cuánto es el pago mensual regular de la	¿Cuánto es el total del costo anual de los impuestos a los bienes personales, la renta del lote, los costos de registro o inscripción y los costos de
	<b>hipoteca sobre ESTA propiedad?</b> Incluya sólo el pago de la PRIMERA hipoteca o contrato de compra.	licencias para ESTA casa móvil y su lote? No incluya los impuestos sobre bienes raíces.
	Cantidad mensual – <i>Dólares</i>	Cantidad anual – <i>Dólares</i>
	\$ .00	\$ 00,000
	O	
	No se requiere ningún pago regular → PASE a la pregunta 23a	Conteste las preguntas para la Persona 1 en la próxima página. Si no hay nadie listado como la Persona 1 en la página 2, PASE a la página 48 para ver las instrucciones de envío por correo.

Apellido	Pre-escolar o pre-kinder
	Kindergarten
	Grado 1 al 12 – Especifique
Nombre Inicial	☐ grado 1-12 戻
	Estudios universitarios al nivel de licenciatura
¿Dónde nació esta persona?	(freshman a senior)
En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.	Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escue de medicina o leyes)
Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.	persona ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casi. 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
¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?	PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12
Sí, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a	Pre-escolar o pre-kinder
Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes	Kindergarten
de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte	Grado 1 al 11 – Especifique grado 1-11 ⊋
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 ⊋	Grado 12, SIN DIPLOMA
0000	GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA
No, no es ciudadana de los Estados Unidos	Diploma de escuela secundaria o preparatoria
146, no es ciadadana de los Estados elindos	GED o examen equivalente
¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los	UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS
Estados Unidos: Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año. Año	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
a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS	Título de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)
3 MESEŠ, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental,	DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA
enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela secundaria o título universitario.	Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 11	Título profesional más allá de un título de licencia
	universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J
Escuela o universidad pública	Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)



Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un	ع a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartameı hace 1 año?
título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.	Persona es menor de 1 año de edad → PASE a pregunta 16
	Sí, en esta casa → PASE a la pregunta 16
sta pregunta se enfoca en el TÍTULO DE CENCIATURA UNIVERSITARIA de esta persona. or favor, escriba en letra de molde el título specífico de la concentración de estudio de ualquier TÍTULO DE LICENCIATURA NIVERSITARIA específico(s) que esta persona	No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico Escriba en letra de molde a continuación el nor del país extranjero o Islas Vírgenes de los EE.U Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16
ecibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza le educación primaria, o psicología organizacional)	No, en una casa diferente en los Estados Unido
	o Puerto Rico
	b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?  Dirección (Número y nombre de la calle)
Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?	Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de corre
	Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio en Puerto Rico
ramboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, rancocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico Código Postal
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	
	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE
que no sea inglés?	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e
que no sea inglés?	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro
que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
que no sea inglés?  □ Sí □ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de



G	Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.	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.
Œ	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  21 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?  Casada actualmente
	Sí	Viuda
	□ No	Divorciada
Œ	a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?	Separada  Nunca se ha casado → PASE a la sección <b>J</b> en la próxima página.
	☐ Sí ☐ No	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona – Sí No
ı	<ul> <li>b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?</li> </ul>	a. se casó?
	☐ Sí	c. se divorció?
	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.	¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?  Una vez  Dos veces  Tres veces o más
1	a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	¿En qué año se casó la última vez esta persona?
	☐ Sí	
	No	
ı	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	



1		
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.	¿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? <i>Marque (X) UNA casilla.</i>
		Nunca estuvo en el servicio militar → PASE a la pregunta 30a
2	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz esta persona?	Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
	☐ Sí	En servicio activo ahora
	No	En servicio activo en el pasado, pero no ahora
2	a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?	¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados
	Sí	Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período
	No → PASE a la pregunta 27	durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.
	h affa anta abunda anturalmente un mandala da	Septiembre del 2001 ó después
	<ul> <li>b. ¿Es este abuelo actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años</li> </ul>	Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
	que viven en esta casa o apartamento?	Mayo del 1975 a julio del 1990
	∐ Sí	Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
	No → PASE a la pregunta 27	Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
	c. ¿Cuánto tiempo hace que este abuelo es responsable de estos nietos? Si este abuelo es	Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
	responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido	Febrero del 1955 a julio del 1964
	responsable por más tiempo.	Enero del 1947 a junio del 1950
	Menos de 6 meses	Noviembre del 1941 ó antes
	6 a 11 meses	
	1 ó 2 años	a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?
	5 años o más	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
1		



30	<ul> <li>a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?</li> </ul>	K Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.
	Sí → PASE a la pregunta 31	
	No – No trabajó (o está retirada)	¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona,
	b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?	usualmente viajaron al trábajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA? Persona(s)
	Sí	
	No → PASE a la pregunta 36a	
3)	¿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)	LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?  Hora Minutos a.m. p.m.
	Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.	¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?
	b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos	Minutos
	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	L Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.  a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?
		Sí → PASE a la pregunta 36c
	e. Nombre del estado o país extranjero	
		∐ No
	f. Código Postal	b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORALMENTE de su empleo o negocio?
32	¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla	Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
	para el medio de transporte que utilizó por más distancia.	No → PASE a la pregunta 37
	Automóvil, camión o <i>van</i>	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
	Autobús Motocicleta	para regresar al trabajo?
	☐ Tren subterráneo o elevado ☐ Bicicleta	Sí → PASE a la pregunta 38
	Tren de viajes largos Caminó o de cercanías	No
	Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico  Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a	
	☐ Lancha (ferry) ☐ Otro método	



<b>37</b>	Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado	Conteste las preguntas 42a – f si esta persona
	esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?  Sí	trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.
	No → PASE a la pregunta 39	42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
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	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 má reciente en los últimos cinco años.
	No, debido a una enfermedad temporal propia  No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)	a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los último 5 años? <i>Marque (X) UNA casilla.</i>
9	¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?	EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO  Compañía u organización con fines de lucro
	<ul> <li>En los últimos 12 meses</li> <li>Hace 1 a 5 años → PASE a la sección M</li> </ul>	Organización <b>sin fines de lucro</b> (incluso las organizaciones exentas de impuestos y
	Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43	las organizaciones caritativas)  EMPLEADO DEL GOBIERNO  Gobierno local (por ejemplo: distrito
10	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.	escolar de la ciudad o condado)  Gobierno estatal (incluso universidades estatales)  Servicio activo en las Fuerzas Armadas de
	Sí → PASE a la pregunta 41	los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados  Empleado civil del gobierno federal
	No	EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO
	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	Propietario(a) de un negocio, una práctica profesional o una finca no incorporada  Propietario(a) de un negocio, una práctica
	solo por unas pocas horas.  Semanas	profesional o una finca <b>incorporada</b> Trabajó <b>sin paga</b> en un negocio o finca de la familia <b>con fines de lucro</b> 15 horas o más a
		b. ¿Cuál era el nombre del empleador, negocio, agencia o rama de las Fuerzas Armadas de
30	En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada SEMANA?	esta persona?
	Horas usualmente trabajadas cada SEMANA	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?
		otro (agricultura, construcción, servicio, gobierno, etc.)?



•	Cuál ara la coupación principal de esta persona?	d Coguro Cocial o iubiloción novo novocnal de los
С.	¿Cuál era la ocupación principal de esta persona? (Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)	d. Seguro Social o jubilación para personal de los ferrocarriles.
		□ Sí → \$ .00
f.	Describa las actividades o deberes más	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	importantes de esta persona. (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar	e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las especificaciones del trabajo)	□ Sí → \$ .00
	espesificaciónes del trasajo;	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
		f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público ( <i>welfare</i> ) de la oficina de bienestar
		estatal o local.
	NGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	□ Sí → \$ .00
re re	Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que ecibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL ecibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
h	ace un año hasta hoy.)	g. Ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente. Incluya ingresos
N ir	Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ngresos NO recibidos.	de un empleador o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de
	i el ingreso neto fue una pérdida, marque el cuadrado Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.	jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras
P	ara ingreso recibido en conjunto, informe la parte que	cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.
ir	e corresponde a cada persona; o, si eso no es posible, nforme la cantidad total bajo una sola persona y marque I cuadrado "No" para la otra persona.	□ Sí → \$ .00
а	. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.	h. Alguna otra fuente de ingreso recibido
		regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para
	No CANTIDAD TOTAL en los	hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja. NO incluya pagos de mayor
	últimos 12 MESES	cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o venta de una casa.
b	. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea	and neverted o venta de una casa.
	como propietario único o en sociedad. Informe el ingreso NETO después de descontar	Sí → \$ .00
	los gastos de negocio.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	□ Sí → \$	¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante
	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES	los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 43a – 43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la
С	. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por	cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.
	herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.	□ ó \$ 0.00 □
		Ninguno CANTIDAD TOTAL en los Pérdida
	Sí → \$ ,	últimos 12 MESES
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	Continúe con las preguntas para la Persona 2 en la próxima página. Si no hay nadie listado como la Persona 2 en la página 3, PASE a la página 48 para



ver las instrucciones de envío por correo.

Apel	testando las siguientes preguntas. Ilido	Pre-escolar o pre-kinder
		Kindergarten
		Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 ⊋
Nom	nbre Inicial	grado 1-12 p
		Estudios universitarios al nivel de licenciatura
¿Dó	nde nació esta persona?	(freshman a senior)
	En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.	Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escue de medicina o leyes)
	Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.	Quál es el título o nivel escolar más alto que es persona ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casis 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
	esta persona ciudadana de los ados Unidos?	PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12
	Sí, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a	Pre-escolar o pre-kinder
	Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes	Kindergarten
Ш	de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte	Grado 1 al 11 – Especifique grado 1-11 ⊋
	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 ⊋	Grado 12, SIN DIPLOMA
		GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA
	No, no es ciudadana de los Estados Unidos	Diploma de escuela secundaria o preparatoria
	No, no es ciadadana de los Estados Onidos	GED o examen equivalente
¿Cu	ándo vino esta persona a vivir a los	UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS
Esta Esta Año	ados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los dos Unidos más de una vez, escriba el último año.	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
a. E	n cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS	Título de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)
<b>e</b> :	MESES, ¿ha estudiado esta persona en una scuela o universidad? Incluya sólo pre-escolar pre-kinder, kindergarten, escuela elemental,	DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA
e. d	nseñanza en el hogar y escuela que conduce a un iploma de escuela secundaria o título universitario.	Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
	No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 11	Título profesional más allá de un título de licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J.
	Escuela o universidad pública	Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)
	Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar	



Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un	a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamen hace 1 año?
ítulo de licenciatura universitaria o más alto. De o contrario, PASE a la pregunta 13.	Persona es menor de 1 año de edad → PASE a pregunta 16
	Sí, en esta casa → PASE a la pregunta 16
sta pregunta se enfoca en el TÍTULO DE CENCIATURA UNIVERSITARIA de esta persona. or favor, escriba en letra de molde el título specífico de la concentración de estudio de ualquier TÍTULO DE LICENCIATURA NIVERSITARIA específico(s) que esta persona	No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico Escriba en letra de molde a continuación el nor del país extranjero o Islas Vírgenes de los EE.U Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16
ecibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza le educación primaria, o psicología organizacional)	No, en una casa diferente en los Estados Unido
	o Puerto Rico
	b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?
	Dirección (Número y nombre de la calle)
Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta ersona?	Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de corre
	Nombre del condado de los Estados Unidos
	o municipio en Puerto Rico
Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana,	
amboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana,	
rancocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca,	Manulana dal asta da da las
ligeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Nombre del estado de los
igeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma	Estados Unidos o anote
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico Código Postal
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros de
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o  Sí No
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  ZTiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> <li>Bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros es salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés  ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  La Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de cuidado de salud militar de la VA)



	_	
Persona 2	(continu	
Barcana /		
I GIOVIIGIA A		

G	Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.	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.
Œ	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	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?
	<ul> <li>No → PASE a la pregunta 18a</li> <li>¿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?</li> <li>Sí</li> <li>No</li> </ul>	¿Cuál es el estado civil de esta persona?  Casada actualmente  Viuda  Divorciada
1		Separada  Nunca se ha casado → PASE a la sección J en la próxima página.
	<ul> <li>No</li> <li>b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?</li> <li>Sí</li> <li>No</li> </ul>	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona – Sí No a. se casó? b. enviudó? c. se divorció?
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.	¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?  Una vez  Dos veces  Tres veces o más
15	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?	¿En qué año se casó la última vez esta persona? Año



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.	¿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
2	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz esta persona?  Sí No	<ul> <li>pregunta 30a</li> <li>Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a</li> <li>En servicio activo ahora</li> <li>En servicio activo en el pasado, pero no ahora</li> </ul>
2	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	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



30	a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?  Sí → PASE a la pregunta 31	Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.
	No – No trabajó (o está retirada)	¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil,
	b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?	camión o van LA SEMANA PASADA?  Persona(s)
	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)	LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?  Hora Minutos a.m. p.m.
	Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.	¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?
	b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos	Minutos
	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	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
	e. Nombre del estado o país extranjero	No
		I NO
	f. Código Postal	b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORALMENTE de su empleo o negocio?
32	¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla	Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
	para el medio de transporte que utilizó por más distancia.	No → PASE a la pregunta 37
	Automóvil, camión o <i>van</i> Taxi	c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los
	Autobús Motocicleta	próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?
	Tren subterráneo o elevado Bicicleta	☐ Sí → PASE a la pregunta 38
	Tren de viajes largos Caminó o de cercanías	□ No
	Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico	
	Lancha (ferry) Otro método	



37)	Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?  Sí	T	Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.
	No → PASE a la pregunta 39	12	DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
8	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		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 má reciente en los últimos cinco años.  a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe
	No, debido a una enfermedad temporal propia  No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)		mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los último 5 años? Marque (X) UNA casilla.
	¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?		EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO  Compañía u organización con fines de lucro
	<ul><li>En los últimos 12 meses</li><li>Hace 1 a 5 años → PASE a la sección M</li></ul>		Organización <b>sin fines de lucro</b> (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)
	Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43		EMPLEADO DEL GOBIERNO  Gobierno local (por ejemplo: distrito
•	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.		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
	Sí → PASE a la pregunta 41		Empleado civil del <b>gobierno federal</b>
	No		EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO
	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.		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
	Semanas		Trabajó <b>sin paga</b> en un negocio o finca de la familia <b>con fines de lucro</b> 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?
)	En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada SEMANA?		
	Horas usualmente trabajadas cada SEMANA		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.)?



	Cuál ara la councción principal de coto persone?	d Comuna Conial o imbilación nova novacnal de las
E	e. ¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?  (Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a]  principiante)	d. Seguro Social o jubilación para personal de los ferrocarriles.
	principiante)	□ Sí → \$ 0 0 0.00
		No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
T	Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona. (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar	e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las	□ Sí → \$ .00
	especificaciones del trabajo)	Sí → \$ .00  No CANTIDAD TOTAL en los
		últimos 12 MESES
		<ul> <li>f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.</li> </ul>
)	INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	□ Sí → \$ .00
	Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	hace un año hasta hoy.)	g. Ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente. Incluya ingresos
	Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.	de un empleador o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de
	Si el ingreso neto fue una pérdida, marque el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.	jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras
	Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que	cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.
	le corresponde a cada persona; o, si eso no es posible, informe la cantidad total bajo una sola persona y marque el cuadrado "No" para la otra persona.	□ Sí → \$ 00
	a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones,	Sí → \$ .00  No CANTIDAD TOTAL en los
	bonificaciones o propinas de todos los empleos. Informe la cantidad antes de aplicarse las	últimos 12 MESES
	deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.	h. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la
	□ Sí → \$ .00	Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para
	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES	hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja. NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de
	b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su	una herencia o venta de una casa.
	negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.	□ Sí → \$ 000 000 .00
	Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	□ sí → \$ 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante
	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES	los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 43a – 43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la
	c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por	cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.
	herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.	ó \$ 0.00 D
		Ninguno CANTIDAD TOTAL en los
	Sí → \$ ,	últimos 12 MESES
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	Continúe con las preguntas para la Persona 3 en la próxima página. Si no hay nadie listado como la Persona 3 en la página 4, PASE a la página 48 para



ver las instrucciones de envío por correo.

Pre-escolar o pre-kinder
Kindergarten
Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 <sub>₹</sub>
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 escue de medicina o leyes)
¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que es persona ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casil 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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J
Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)



Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un	a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamen hace 1 año?
ítulo de licenciatura universitaria o más alto. De o contrario, PASE a la pregunta 13.	Persona es menor de 1 año de edad → PASE a pregunta 16
	Sí, en esta casa → PASE a la pregunta 16
sta pregunta se enfoca en el TÍTULO DE CENCIATURA UNIVERSITARIA de esta persona. or favor, escriba en letra de molde el título specífico de la concentración de estudio de ualquier TÍTULO DE LICENCIATURA NIVERSITARIA específico(s) que esta persona	No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico Escriba en letra de molde a continuación el nor del país extranjero o Islas Vírgenes de los EE.U Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16
ecibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza le educación primaria, o psicología organizacional)	No, en una casa diferente en los Estados Unido
	o Puerto Rico
	b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?
	Dirección (Número y nombre de la calle)
Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta ersona?	Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de corre
	Nombre del condado de los Estados Unidos
	o municipio en Puerto Rico
Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana,	
amboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana,	
rancocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca,	Manulana dal asta da da las
ligeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Nombre del estado de los
igeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma	Estados Unidos o anote
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico Código Postal
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros de
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o  Sí No
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  ZTiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> <li>Bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros es salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés  ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  La Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de cuidado de salud militar de la VA)



G	Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.	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.
Œ	<ul> <li>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.</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 18a</li> </ul>	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
	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	☐ Viuda
	No	Divorciada
4		Separada
18	a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?	Nunca se ha casado → PASE a la sección <b>J</b> en la próxima página.
	Sí	
	No	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona – Sí No
	<ul> <li>b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?</li> </ul>	a. se casó?
	Sí	c. se divorció?
	No	
		¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?
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.	Una vez Dos veces
19	a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	¿En qué año se casó la última vez esta persona?  Año
	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	



		¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio
	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.	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
2	5 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz esta persona?	Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a
	☐ Sí	En servicio activo ahora
	□ No	En servicio activo en el pasado, pero no ahora
2	6 a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?	¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados
	Sí	<b>Unidos?</b> Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.
	No → <i>PASE a la pregunta 27</i>	Septiembre del 2001 ó después
	<ul> <li>b. ¿Es este abuelo actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años</li> </ul>	Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
	que viven en esta casa o apartamento?	Mayo del 1975 a julio del 1990
	∐ Sí	Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
	No → PASE a la pregunta 27	Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
	c. ¿Cuánto tiempo hace que este abuelo es responsable de estos nietos? Si este abuelo es responsable económicamente de más de un nieto,	Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
	conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.	Febrero del 1955 a julio del 1964
	Menos de 6 meses	Enero del 1947 a junio del 1950
	6 a 11 meses	Noviembre del 1941 ó antes
		a. ¿Tiene esta persona una clasificación de
	3 ó 4 años	incapacidad de la VA relacionada con el servicio?
	5 años o más	Sí (tal como 0%, 10%, 20%,, 100%)
	J anos o mas	
		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



30	<ul> <li>a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?</li> </ul>	K Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.
	Sí → PASE a la pregunta 31	
	No – No trabajó (o está retirada)	¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona,
	b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?	usualmente viajaron al trábajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA? Persona(s)
	Sí	
	No → PASE a la pregunta 36a	
3)	¿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)	LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?  Hora Minutos a.m. p.m.
	Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.	¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?
	b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos	Minutos
	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	L Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.  a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?
		Sí → PASE a la pregunta 36c
	e. Nombre del estado o país extranjero	
		∐ No
	f. Código Postal	b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORALMENTE de su empleo o negocio?
32	¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla	Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
	para el medio de transporte que utilizó por más distancia.	No → PASE a la pregunta 37
	Automóvil, camión o <i>van</i>	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
	Autobús Motocicleta	para regresar al trabajo?
	☐ Tren subterráneo o elevado ☐ Bicicleta	Sí → PASE a la pregunta 38
	Tren de viajes largos Caminó o de cercanías	No
	Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico  Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a	
	☐ Lancha (ferry) ☐ Otro método	



37	Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?  Sí	Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.
	No → PASE a la pregunta 39	42 DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
38	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	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.
	No, debido a una enfermedad temporal propia  No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)	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? <i>Marque (X) UNA casilla.</i>
39	¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?	EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO  Compañía u organización con fines de lucro
	<ul><li>En los últimos 12 meses</li><li>Hace 1 a 5 años → PASE a la sección M</li></ul>	Organización <b>sin fines de lucro</b> (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)
	Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43	EMPLEADO DEL GOBIERNO  Gobierno local (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
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.	Gobierno estatal (incluso universidades estatales)  Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
	<ul><li>Sí → PASE a la pregunta 41</li><li>No</li></ul>	Empleado civil del gobierno federal
	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.	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
	Semanas	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,
4	En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada SEMANA?	agencia o rama de las Fuerzas Armadas de esta persona?
	Horas usualmente trabajadas cada SEMANA	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,



е	. ¿Cuál era la ocupación principal de esta persona? (Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)	d. Seguro Social o jubilación para personal de los ferrocarriles.
	p.mo.p.ae,	□ sí → \$ 00.00
f	Describa las actividades o deberes más	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
•	importantes de esta persona. (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar	e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las	□ Sí → \$ 0 0 0 0 0
	especificaciones del trabajo)	No CANTIDAD TOTAL en los
		últimos 12 MESES
		f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público ( <i>welfare</i> ) de la oficina de bienestar estatal o local.
)	INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	□ Sí → \$ .00
	Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	hace un año hasta hoy.)	g. Ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente. Incluya ingresos
	Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.	de un empleador o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de
	Si el ingreso neto fue una pérdida, marque el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.	jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras
	Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que	cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.
	le corresponde a cada persona; o, si eso no es posible, informe la cantidad total bajo una sola persona y marque el cuadrado "No" para la otra persona.	□ Sí → \$ .00
	a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones,	No CANTIDAD TOTAL en los
	bonificaciones o propinas de todos los empleos. Informe la cantidad antes de aplicarse las	últimos 12 MESES
	deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.	h. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la
	□ Sí → \$ , .00	Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión
	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES	de su ex pareja. NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de
ı	b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su	una herencia o venta de una casa.
	negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.	□ sí → \$ 0.00
	Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	□ sí → \$ 0.000 000 000 000 000 000 000 000 000	¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 43a – 43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la
(	c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por	cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.
	herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.	□ ó \$ 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
		Ninguno CANTIDAD TOTAL en los
	Sí → \$ , .00	últimos 12 MESES
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	Continúe con las preguntas para la Persona 4 en la próxima página. Si no hay nadie listado como la Persona 4 en la página 5, PASE a la página 48 para



ver las instrucciones de envío por correo.

	☐ Kindergarten
	Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 ⊋
Nombre Inicial	grado 1-12 g
	Estudios universitarios al nivel de licenciatura
¿Dónde nació esta persona?	(freshman a senior)
En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.	Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escue de medicina o leyes)
Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.	persona ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casi. 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
¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?	PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12
Sí, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a	Pre-escolar o pre-kinder
Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes	Kindergarten
de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte	Grado 1 al 11 – Especifique grado 1-11 ⊋
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 ⊋	Grado 12, SIN DIPLOMA
0000	GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA
No, no es ciudadana de los Estados Unidos	Diploma de escuela secundaria o preparatoria
The se staded at the Estades Simulation	GED o examen equivalente
¿Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? Si esta persona vino a vivir a los	UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS
Estados Unidos: Si esta persona vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año. Año	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
a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS	Título de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)
3 MESEŠ, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental,	DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA
enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela secundaria o título universitario.	Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 11	Título profesional más allá de un título de licencia
	universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J
Escuela o universidad pública	Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)



Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un	a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartamen hace 1 año?
ítulo de licenciatura universitaria o más alto. De o contrario, PASE a la pregunta 13.	Persona es menor de 1 año de edad → PASE a pregunta 16
	Sí, en esta casa → PASE a la pregunta 16
sta pregunta se enfoca en el TÍTULO DE CENCIATURA UNIVERSITARIA de esta persona. or favor, escriba en letra de molde el título specífico de la concentración de estudio de ualquier TÍTULO DE LICENCIATURA NIVERSITARIA específico(s) que esta persona	No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico Escriba en letra de molde a continuación el nor del país extranjero o Islas Vírgenes de los EE.U Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16
ecibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza le educación primaria, o psicología organizacional)	No, en una casa diferente en los Estados Unido
	o Puerto Rico
	b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?
	Dirección (Número y nombre de la calle)
Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta ersona?	Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de corre
	Nombre del condado de los Estados Unidos
	o municipio en Puerto Rico
Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana,	
amboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana,	
rancocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca,	Manulana dal asta da da las
ligeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Nombre del estado de los
igeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma	Estados Unidos o anote
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico Código Postal
n. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros de
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros d salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o  Sí No
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  ZTiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)
. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a  . ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros o salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo
<ul> <li>En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 15a</li> <li>¿Qué idioma es ese?</li> </ul> Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés <ul> <li>¿Cuán bien habla esta persona el inglés?</li> <li>Muy bien</li> <li>Bien</li> </ul>	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE cualquiera de los siguientes tipos de seguros es salud o planes de cobertura de seguro de salud Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés  ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  La Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 el las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de
En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Estados Unidos o anote Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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 e las respuestas a-h.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de cuidado de salud militar de la VA)



_		
Daraana /	Continu	ooiónl
Persona 4	<b>(6.0)   4  </b>	

tales como los costos de las medicionas recetadas.    Si	G	Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.	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.
No   Separada   Separada   Separada   Separada   Nunca sea ha casado → PASE a la sección	<b>1</b>	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	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  Cuál es el estado civil de esta persona?  Casada actualmente
Separada   Separada   Separada   Separada   Separada   Nunca se ha casado → PASE a la sección   Jefa dificultad seria para oír?   Si		∐ Sí	Divorciada
dificultad seria para oír?    Sí		∐ No	Separada
No   No   Si   No	18		Nunca se ha casado → PASE a la sección <b>J</b> en la próxima página.
difficultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?    Si		□ No	Sí No
C. se divorcio?    No		dificultad seria para ver aunque lleve puestos	
## 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		☐ Sí	c. se divorció?
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		No	
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	H	tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las	Una vez Dos veces
b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?  Sí No  c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse	19	emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar	
b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?  Sí No  c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse		□ Sí	
caminar o subir las escaleras?  Sí No C. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse		No	
No c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse			
c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse		Sí	
		No	
☐ Sí		☐ Sí	
□ No			



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.	¿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
2	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz esta persona?  Sí No	<ul> <li>Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a</li> <li>En servicio activo ahora</li> <li>En servicio activo en el pasado, pero no ahora</li> </ul>
200	<ul> <li>a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 27</li> <li>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?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 27</li> <li>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.</li> <li>Menos de 6 meses</li> <li>6 a 11 meses</li> </ul>	Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA periodo 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?  Si (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



30	<ul> <li>a. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?</li> </ul>	K Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.
	Sí → PASE a la pregunta 31	
	No – No trabajó (o está retirada)	¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona,
	b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALQUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?	usualmente viajaron al trábajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA? Persona(s)
	Sí	
	No → PASE a la pregunta 36a	
3	¿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)	LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?  Hora Minutos a.m. p.m.
	Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio, calle o intersección más cercana.	¿Cuántos minutos le tomó a esta persona usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?
	b. Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos	Minutos
	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	Conteste las preguntas 36 – 39 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.  a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona suspendida (on layoff) o la descansaron de un empleo?
		Sí → PASE a la pregunta 36c
	e. Nombre del estado o país extranjero	
		∐ No
	f. Código Postal	b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORALMENTE de su empleo o negocio?
32	¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla	Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
	para el medio de transporte que utilizó por más distancia.	☐ No → PASE a la pregunta 37
	Automóvil, camión o <i>van</i>	c. ¿Se le ha informado a esta persona que será llamada de nuevo a trabajar dentro de los
	Autobús Motocicleta	próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?
	☐ Tren subterráneo o elevado ☐ Bicicleta	☐ Sí → PASE a la pregunta 38
	Tren de viajes largos Caminó o de cercanías	□ No
	Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico  Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a	
	Lancha (ferry) Otro método	



N	
Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?  Sí	Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.
No > PASE a la progrupta 20	DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
4.	
LA SEMANA PASADA, ¿hubiera podido esta persona comenzar un empleo si se le hubiera	La serie de preguntas que sigue es sobre el tipo de empleo que esta persona tenía la semana pasada.
ofrecido uno, o hubiera podido regresar al trabajo si se le hubiera llamado de nuevo?	Si esta persona tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual trabajó más horas. Si esta person no trabajó la semana pasada, describa el empleo ma
Sí, hubiera podido ir a trabajar	reciente en los últimos cinco años.  a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe
No, debido a una enfermedad temporal propia  No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)	mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los últim 5 años? Marque (X) UNA casilla.
	EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO
¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?	Compañía u organización con fines de lucro
En los últimos 12 meses	Organización <b>sin fines de lucro</b> (incluso las organizaciones exentas de impuestos y
Hace 1 a 5 años → PASE a la sección M	las organizaciones caritativas)
Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43	EMPLEADO DEL GOBIERNO
	Gobierno local (por ejemplo: distrito escolar de la ciudad o condado)
a. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas), ¿trabajó esta persona TODAS las semanas? Incluya como trabajo vacaciones pagadas,	Gobierno estatal (incluso universidades estatales)
licencia por enfermedad pagada y servicio en las Fuerzas Armadas.	Servicio activo en las Fuerzas Armadas de los EE. UU. o en el Cuerpo de Comisionados
Sí → PASE a la pregunta 41	Empleado civil del gobierno federal
No	EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO
b. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas), ¿cuántas SEMANAS trabajó esta persona?	Propietario(a) de un negocio, una práctica profesional o una finca no incorporada
Incluya vacaciones o licencias pagadas e incluya semanas en que esta persona trabajó solo por unas pocas horas.	Propietario(a) de un negocio, una práctica profesional o una finca incorporada
Semanas	Trabajó <b>sin paga</b> en un negocio o finca de la familia <b>con fines de lucro</b> 15 horas o más a
	b. ¿Cuál era el nombre del empleador, negocio,
En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada SEMANA?	agencia o rama de las Fuerzas Armadas de esta persona?
Horas usualmente trabajadas cada SEMANA	
	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.)?



e.	¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?	d. Seguro Social o jubilación para personal de los
	(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)	ferrocarriles.
	principlente,	□ Sí → \$ .00
f	Describa las actividades o deberes más	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
•	importantes de esta persona. (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar	e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las	□ Sí → \$ .00
	especificaciones del trabajo)	Si → \$ .00  No CANTIDAD TOTAL en los
		últimos 12 MESES
		f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público ( <i>welfare</i> ) de la oficina de bienestar estatal o local.
ı	NGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	□ Sí → \$ .00
re	flarque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que ecibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL ecibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los	No CANTIDAD TOTAL en los
"ו	iltimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy ace un año hasta hoy.)	últimos 12 MESES  g. Ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por
N	Marque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de agresos NO recibidos.	discapacidad o de sobreviviente. Incluya ingresos de un empleador o sindicato previo, retiros o
S	i el ingreso neto fue una pérdida, marque el cuadrado	distribuciones periódicas de una cuenta individual de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no
	Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.	deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.
le	ara ingreso recibido en conjunto, informe la parte que e corresponde a cada persona; o, si eso no es posible, nforme la cantidad total bajo una sola persona y marque	No melaya el Seguro Social.
е	l cuadrado "No" para la otra persona.	☐ Sí → \$ .00
а	. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras	h. Alguna otra fuente de ingreso recibido
	cosas.  □ Sí → \$ 00	regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA),
	Si → \$ ,.00  No CANTIDAD TOTAL en los	compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja. NO incluya pagos de mayor
	últimos 12 MESES	cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o venta de una casa.
b	. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea	and nerenola o venta de dria casa.
	como propietario único o en sociedad. Informe el ingreso NETO después de descontar	Sí → \$ .00
	los gastos de negocio.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	□ Sí → \$ ,	4 ¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 43a – 43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la
С	. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas,	cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.
	ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades	
	pequeñas acreditadas a una cuenta.	Ninguno CANTIDAD TOTAL on les
	□ Sí → \$ , .00 □	CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	Continúe con las preguntas para la Persona 5 en la próxima página. Si no hay nadie listado como la Persona 5 en la página 6, PASE a la página 48 para



ver las instrucciones de envío por correo.

# Persona 5

Fuera de los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.    Fuera de los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.    Fuera de los Estados Unidos - Pose a la presunta rolo el titul más alto recibido.   No ha completado ningún grado   No ha completado ningún grado   PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12     Fuera de los Estados Unidos → PASE a la pregunta rolo   No ha completado ningún grado   PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12     Fre-escolar o pre-kinder   Kindergarten   Kindergarten   Grado 1 al 11 - Especifique grado 1-11		itestando las siguientes preguntas. Ilido	Pre-escolar o pre-kinder
Special persona?   En los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del estado.   Escriba en letra de molde el nombre del estado.   Escriba en letra de molde el nombre del estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.   10			Kindergarten
Estudios universitarios al nivel de licenciatura   Ifreshman a senior			
Dónde nació esta persona?   En los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del estado.	Non	nbre Inicial	grado 1-12 p
Dónde nació esta persona?   En los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del estado.			
En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estados.  Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estados.  Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guem, etc.  12 Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?  Si, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a  Si, nació en Puerto Rico, Guem, las Islas Virgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización – Escriba el año de naturalización – Escriba el año de naturalización – Escriba el año de naturalización proper de padre o madre que es ciudadano 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  a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela cuniversitario, por ejemplo: AA, AS Titulo de maestria (por ejemplo: MA, MS, Meng, MEd, MSW, MBA)  Titulo de maestria (por ejemplo: MA, MS, Meng, MEd, MSW, MBA)  Titulo de doctorado (por ejemplo: MA, MS, Meng, MEd, MSW, MBA)  Titulo poresional más allá de un itiulo de licencia universitaria (por ejemplo: MA, DDS, DVM, LLB, J Titulo poresional más allá de un titulo de licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de doctorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de doctorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de octorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB			
Si, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10	¿Dá	ónde nació esta persona?	
Fuera de los Estados Unidos - Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.    Si, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a     Si, nació en los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte     Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano (a) de los Estados Unidos por naturalización → Escriba el año de naturalización → Estados Unidos Presenta a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.    No, no es ciudadana de los Estados Unidos Dornaturalización → Escriba el último año.   No   No esciudadana de los Estados Unidos Dornaturalización → Escriba el último año.   No   No esciudadana de los Estados Unidos Dornaturalización → Escriba el último año.   No   No   No esciudadana de los Estados Unidos Dornaturalización → Escriba el último año.   No   No   No   No   No   No   No   No		el nombre del estado.	licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escue de medicina o leyes)
No ha completado ningún grado   SEs esta persona ciudadana de los		Fuera de los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del país extranjero, o Puerto Rico,	persona ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casi. Si está matriculada actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.
¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?  Si, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a  Si, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Virgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte  Si, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Virgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte  Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.  Si, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización → Escriba el año de naturalización √  No, no es ciudadana de los Estados Unidos  No, no esta persona a vivir a los Estados Unidos Preparatoria  Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Bestados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  Año  Año  Bestados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Titulo asociado universitario, (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  Titulo de maestria (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  Titulo de maestria (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  Titulo profesional más allá de un título de licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J Titulo de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)			NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO
Estados Unidos?  Si, nació en los Estados Unidos → PASE a la pregunta 10a  Si, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Virgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte  Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.  Si, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización − Escriba el año de naturalización √  No, no es ciudadana de los Estados Unidos  Radou 1 al 11 − Especifique grado 1-11 √  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  Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  Año  Año  I año o más de créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios, sin título Titulo asociado universitario (por ejemplo: AA, AS Titulo de licenciatura universitaria (por ejemplo: BA, BS)  DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA  Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  Titulo de maestría (por ejemplo: MO, DDS, DVM, LLB, J. Titulo de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)  Titulo de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)			No ha completado ningún grado
Si, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte   Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.   Si, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización − Escriba el año de naturalización − Escriba el año de naturalización p   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, 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 de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)   Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)   Título de doctorado (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J. Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)   Título Pt			PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12
Si, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Virgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte  Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los Est.UU.  Si, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización  Año  No, no es ciudadana de los Estados Unidos  Cuándo vino esta persona a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, tha 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 titulo 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			Pre-escolar o pre-kinder
de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte  Si, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.  Si, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización			Kindergarten
ciudadano(a) de los ÉE.UU.  Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por naturalización - Escriba el año de naturalización - Escriba el último año.  No, no es ciudadana de los Estados Unidos  ¿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  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  Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)  Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)	Ш	de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte	Grado 1 al 11 − Especifique grado 1-11 ⊋
naturalización − Escriba el año de naturalización → 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  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Añ			
Grado 12, SIN DIPLOMA   GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA OPREPARATORIA     Diploma de escuela secundaria o preparatoria     Diploma de escuela secundaria o sivir a los     DIPLOMA     DIPLOMA     DIPLOMA     DESCUELA SECUNDARIA OPREPARATORIA     Diploma de escuela secundaria o preparatoria     Diploma de escuela secundaria o		Sí, es ciudadana de los Estados Unidos por	
No, no es ciudadana de los Estados Unidos   GED o examen equivalente   GED o examen equivalente   CHIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS   Año   A			Grado 12, SIN DIPLOMA
Después de los Estados Unidos    GED o examen equivalente		0000	
¿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  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  GED o examen equivalente  UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS  Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año 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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J.  Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)		No no es ciudadana de los Fetados Unidos	Diploma de escuela secundaria o preparatoria
Estados Unidos? Si esta persona vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Año	_	140, no os diadadana de los Estados Onidos	·
Año  Año  Año  Año  Año  Año  Año  Año	¿Cu	Cuándo vino esta persona a vivir a los	
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  1 año o más de créditos universitario, fítulo  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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J  Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)	Esta	ados Unidos más de una vez, escriba el último año.	Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios
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  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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, Januaria (por ejemplo: PhD, EdD)			1 año o más de créditos universitarios, sin título
a. En cualquier momento DURANTE LOS ULTIMOS 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    (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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J.   Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)			Título asociado universitario (por ejemplo: AA, AS
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  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 licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J. Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)	a. E	in cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS	
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  Intido de maestra (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  Título profesional más allá de un título de licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J. Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)	<b>e</b>	scuela o universidad? Incluya sólo pre-escolar pre-kinder, kindergarten, escuela elemental,	
No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 11  Escuela o universidad pública  Escuela o universidad privada o enseñanza  Título profesional más allá de un título de licencia universitaria (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, J. Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)	a	nsenanza en el nogar y escuela que conduce a un liploma de escuela secundaria o título universitario.	
Escuela o universidad pública  Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)  Escuela o universidad privada o enseñanza			Título profesional más allá de un título de licencia
Escuela o universidad privada o enseñanza		Escuela o universidad pública	
	Γ	Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar	Intuio de doctorado (por ejempio: PnD, EdD)



Conteste la pregunta 12 si esta persona tiene un	5 a. ¿Vivía esta persona en esta casa o apartament hace 1 año?
título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.	Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 16
	Sí, en esta casa → PASE a la pregunta 16
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 JNIVERSITARIA específico(s) que esta persona	No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – Escriba en letra de molde a continuación el nomo del país extranjero o Islas Vírgenes de los EE.UU Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16
ecibió. (Por ejemplo: ingeniería química, enseñanza le educación primaria, o psicología organizacional)	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)
Cuál es la ascendencia u origen étnico de esta persona?	Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de corred
persona:	
	Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio en Puerto Rico
Por ejemplo: italiana, jamaicana, afroamericana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, francocanadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca,	Nombre del estado de los
nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)	Estados Unidos o anote
	Puerto Rico Código Postal
a. En su hogar, ¿habla esta persona un idioma que no sea inglés?	
que no sea inglés?	Puerto Rico Código Postal  6 ¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE o
que no sea inglés?	Puerto Rico  Código Postal  ZTiene esta persona cobertura ACTUALMENTE o cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura de seguro de salud?
que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a	Puerto Rico  Código Postal  ZTiene esta persona cobertura ACTUALMENTE o cualquiera de los siguientes tipos de seguros de
que no sea inglés?  ☐ Sí ☐ No → PASE a la pregunta 15a	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro
que no sea inglés?	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Puerto Rico  ¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien	Puerto Rico  Código Postal  Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Puerto Rico  ¿Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar  f. VA (se ha registrado en el sistema de
que no sea inglés?  Sí No → PASE a la pregunta 15a  ¿Qué idioma es ese?  Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?  Muy bien Bien No bien	Tiene esta persona cobertura ACTUALMENTE 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.  a. Seguro a través de su empleador o sindicato (union), actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia)  b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia)  c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad  e. TRICARE u otro seguro de salud militar



G	Conteste la pregunta 17a si esta persona tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.	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.
Œ	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	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  Cuál es el estado civil de esta persona?  Casada actualmente
	para pagar la prima o cuota?  Sí No	☐ Viuda ☐ Divorciada ☐ Separada
1	a. ¿Es esta persona sorda o tiene él/ella una dificultad seria para oír?  Sí No	Nunca se ha casado → PASE a la sección J en la próxima página.  22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona – Sí No
	b. ¿Es esta persona ciega o tiene él/ella una dificultad seria para ver aunque lleve puestos espejuelos o lentes?  Sí No	a. se casó?  b. enviudó?  c. se divorció?
H		¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?  Una vez  Dos veces  Tres veces o más
•	a. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene esta persona una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?  Sí No	¿En qué año se casó la última vez esta persona?  Año
	<ul> <li>b. ¿Tiene esta persona una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?</li> <li>Sí</li> <li>No</li> </ul>	
	c. ¿Tiene esta persona dificultad para vestirse o bañarse?  Sí No	



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.	¿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
2	En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dado a luz esta persona?	<ul> <li>pregunta 30a</li> <li>Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a</li> <li>En servicio activo ahora</li> </ul>
20	<ul> <li>No</li> <li>a. ¿Tiene esta persona algún nieto menor de 18 años que viva en esta casa o apartamento?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 27</li> <li>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?</li> <li>Sí</li> <li>No → PASE a la pregunta 27</li> <li>c. ¿Cuánto tiempo hace que este abuelo es responsable de estos nietos? Si este abuelo es responsable de estos nietos? Si este abuelo es responsable por mís tiempo.</li> <li>Menos de 6 meses</li> <li>6 a 11 meses</li> </ul>	☐ 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
	1 ó 2 años 3 ó 4 años 5 años o más	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



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  ¿En qué lugar trabajó esta persona LA SEMANA PASADA? Si esta persona trabajó en más de un	Conteste la pregunta 33 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 32. De lo contrario, PASE a la pregunta 34.  ¿Cuántas personas, incluyendo a esta persona, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?  Persona(s)  Persona(s)  LA SEMANA PASADA, ¿a qué hora usualmente comenzó esta persona su viaje al trabajo?
él o ella trabajó la mayor parte de la semana.  a. Dirección (Número y nombre de la calle)	Hora Minutos a.m. p.m.  Cuántos minutos le tomó a esta persona
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	usualmente ir de su hogar al trabajo LA SEMANA PASADA?  Minutos
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	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?
e. Nombre del estado o país extranjero	<ul><li>Sí → PASE a la pregunta 36c</li><li>No</li></ul>
f. Código Postal  ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.	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
Automóvil, camión o van  Autobús  Motocicleta  Tren subterráneo o elevado  Bicicleta  Tren de viajes largos o de cercanías  Tren ligero, tranvía o tranvía eléctrico  Taxi  Motocicleta  Bicicleta  Caminó  Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 40a	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
	algún trabajo por paga en un empleo (o negocio)?  Si → PASE a la pregunta 31  No - No trabajó (o está retirada)  b. LA SEMANA PASADA, ¿hizo esta persona CUALOUIER trabajo por paga, incluso aunque fuese por una hora?  Si  No → PASE a la pregunta 36a  ¿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  ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Marque (X) UNA casilla para el medio de transporte que utilizó por más distancia.  Automóvil, camión o van  Taxi Autobús  Motocicleta Tren subterráneo o elevado  Bicicleta Tren de viajes largos  Caminó o de cercanías Trabajó en el hogar → PASE



37	Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado esta persona buscando trabajo ACTIVAMENTE?  Sí	Τ	Conteste las preguntas 42a – f si esta persona trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.
	No → PASE a la pregunta 39	12	DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO
8	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		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 má reciente en los últimos cinco años.  a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe
	No, debido a una enfermedad temporal propia  No, debido a otras razones (en la escuela, etc.)		mejor el empleo de esta persona la semana pasada o el empleo más reciente en los último 5 años? Marque (X) UNA casilla.
	¿Cuándo trabajó esta persona por última vez, aunque fuera por unos pocos días?		EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO  Compañía u organización con fines de lucro
	<ul><li>En los últimos 12 meses</li><li>Hace 1 a 5 años → PASE a la sección M</li></ul>		Organización <b>sin fines de lucro</b> (incluso las organizaciones exentas de impuestos y las organizaciones caritativas)
	Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 43		EMPLEADO DEL GOBIERNO  Gobierno local (por ejemplo: distrito
•	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.		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
	Sí → PASE a la pregunta 41		Empleado civil del <b>gobierno federal</b>
	No		EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO
	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.		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
	Semanas		Trabajó <b>sin paga</b> en un negocio o finca de la familia <b>con fines de lucro</b> 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?
)	En las SEMANAS TRABAJADAS durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas horas trabajó usualmente esta persona cada SEMANA?		esta persona.
	Horas usualmente trabajadas cada SEMANA		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.)?



e.	¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?	d. Seguro Social o jubilación para personal de los
	(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)	ferrocarriles.
		□ Sí → \$ .00
_		No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
f.	Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona. (Por ejemplo:	e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
	dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar lecciones, montar e instalar tramos de tubería y	e. Seguridad de ingreso Suprementario (SSI).
	revisar los planes de construcción para las especificaciones del trabajo)	□ Sí → \$ .00
		No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
		f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público ( <i>welfare</i> ) de la oficina de bienestar estatal o local.
ı	NGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	□ Sí → \$ .00
	larque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que scibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL	No.
re "l	ecibida durante los ŰLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy	CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	ace un año hasta hoy.)	g. Ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente. Incluya ingresos
	larque (X) la casilla "No" para mostrar los tipos de agresos NO recibidos.	de un empleador o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de
	i el ingreso neto fue una pérdida, marque el cuadrado	jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras
	Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.	cuentas diseñadas específicamente para la jubilación.
le	ara ingreso recibido en conjunto, informe la parte que corresponde a cada persona; o, si eso no es posible,	No incluya el Seguro Social.
	forme la cantidad total bajo una sola persona y marque l cuadrado "No" para la otra persona.	□ Sí → \$ .00
а	. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras	h. Alguna otra fuente de ingreso recibido
	cosas.	regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA),
	□ Sí → \$ ,	compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión
	No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES	de su ex pareja. NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de
b	. Ingreso de empleo por cuenta propia en su	una herencia o venta de una casa.
	negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.	□ sí → \$ 0.00
	Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.	No CANTIDAD TOTAL en los
		últimos 12 MESES
		¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante los ÚLTIMOS 12 MESES? Sume las cantidades
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	anotadas en las preguntas 43a – 43h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la
C	. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas,	cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.
	ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades	
	pequeñas acreditadas a una cuenta.	Ninguno Pérdida
	□ Sí → \$ ,	CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES
	No CANTIDAD TOTAL en los Pérdida últimos 12 MESES	Ahora continúe con las instrucciones sobre envío por correo en la página 48.



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 – 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.

# 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 acso.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.

Form ACS-1(SP)(2021) (05-29-2020)

