

Appendix C.2. Household Survey Instrument in Spanish



Su hogar ha sido seleccionado para participar en un importante estudio sobre salud y bienestar en Puerto Rico. El propósito de este estudio es aprender más sobre los tipos de recursos que tienen los hogares y los recursos adicionales que puedan necesitar para llevar una vida saludable. La encuesta incluye preguntas sobre hábitos de compra y alimentación, programas disponibles en su comunidad y cómo afrontar desastres naturales.

¿Quién debe de completar esta encuesta? Un miembro del hogar que—

- Tenga al menos 18 años de edad
- Pueda responder preguntas sobre la compra de alimentos y los gastos del hogar

Riesgos y Privacidad

Algunas de las preguntas de la encuesta podrían ser delicadas, pero sus respuestas se mantendrán en privado. Los resultados se presentarán de manera agregada, es decir que no se podrá identificar a las personas que proveyeron la información. Los resultados podrían compartirse con investigadores en general para el avance de la ciencia y la salud. De hacerlo, eliminaremos cualquier información personal para que no se pueda identificar a los encuestados/as a partir de la información que se comparte.

Costos del Estudio y Compensación

No hay ningún costo para usted por participar, aparte del tiempo que dedique a responder la encuesta. Esperamos que esta encuesta dure unos 40 minutos.

Cuando recibamos su encuesta, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$40 para agradecerle por su tiempo.

Su participación puede ayudar a mejorar los programas diseñados para promover la salud y el bienestar entre los residentes de Puerto Rico.

Participación Voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria. Esperamos que responda, pero puede saltar una pregunta o detener la encuesta en cualquier momento.

La participación en la encuesta no tendrá ningún efecto sobre los beneficios que pueda recibir de la Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre el estudio o sus derechos como participante de la investigación, llame al [número local para Estudios Técnicos].

Declaración de Carga Pública

Esta información está siendo recopilada para asistir al Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) en comprender el estado de seguridad alimentaria y el bienestar económico entre los residentes de Puerto Rico. Esta es una recopilación voluntaria. FNS utilizará la información como base para futuras evaluaciones de seguridad alimentaria y el Programa de Asistencia Nutricional, particularmente en el contexto de desastres naturales. Esta recopilación solicita información de identificación personal bajo la Ley de Privacidad de 1974 (Privacy Act of 1974). De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0584-0674. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 40 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios con respecto a este estimado de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0674). No devuelva el formulario completado a esta dirección.

Declaración de la Ley de Privacidad

Autoridad: Sección 105 de la Ley de Apropiaciones Suplementarias Adicionales para Ayuda en Desastres, 2019, P.L.116-20 (Additional Supplemental Appropriations for Disaster Relief Act, 2019, P.L. 116-20), autoriza la recopilación de la información en esta solicitud.

Propósito: La información se recopila principalmente para su uso por parte del Servicio de Alimentos y Nutrición en la administración del Programa de Asistencia Nutricional.

Uso rutinario: Se puede divulgar información para cualquiera de los usos rutinarios enumerados en el aviso del Sistema de Registro titulado FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports publicado en el Registro Federal el 25 de abril de 1991, Volumen 56, Número 80 (páginas 19078-19080).

Divulgación: Proporcionar la información en este formulario es voluntario. No hay sanciones por falta de respuesta.

A. Compra de Alimentos

Al responder estas preguntas piense en su hogar. Por hogar nos referimos a las personas que viven con usted y con las que compra y prepara la comida.

Si compra alimentos y prepara comidas solo para usted, responda solo por usted mismo.

A.1. ¿Es usted el comprador principal de su hogar (la persona que generalmente compra la mayoría de los alimentos)?

- Sí
- No

A.2. ¿Dónde compra usted (o el comprador principal) la mayoría de sus alimentos?

MARQUE UNA

- Supermercado (ej., Pueblo, Econo, Amigo, Selectos)
- Mega Tiendas (ej., Walmart)
- Tienda Almacén o Club por Membrecía (ej., Sam's Club, Costco)
- Colmado, tienda local o supermercado independiente
- Tienda de conveniencia, tienda de la esquina o tienda del dólar
- Mercados callejeros locales o vendedores ambulantes
- Minoristas en línea (on-line) o por internet
- Otra tienda
- No sé

A.3. En un mes típico, ¿con qué frecuencia usted (o el comprador principal) compra alimentos en esa tienda?

- Más de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- Una vez cada 2 semanas
- Alrededor de una vez al mes o menos
- No sé

A.4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo toma llegar a la tienda?

- Menos de 10 minutos
- 10-20 minutos
- 21-30 minutos
- Más de 30 minutos
- No sé

A.5. ¿Cómo suele llagar usted (o el comprador principal) a esa tienda?

MARQUE UNA

- En mi auto (o el del comprador principal)
- El en auto que pertenece a alguien con quien yo (o el comprador principal) vivo
- En un auto que pertenece a alguien que vive en otro lugar
- Caminado
- Corriendo bicicleta
- Autobús (guagua), tren, u otro medio de transportación pública
- Taxi u otro conductor pagado
- Alguien más entrega los alimentos
- De alguna otra forma
- No sé

A.6. ¿Con qué frecuencia usted (o el comprador principal) suele comprar alimentos en otras tiendas?

- No suelo comprar alimentos en otras tiendas
- Más de una vez por semana
- Una vez por semana
- Una vez cada 2 semanas
- Aproximadamente una vez al mes o menos
- No sé

A.7. Pensando en **todas las tiendas** donde usted (o el comprador principal) compra alimentos, ¿cómo describiría la selección de alimentos en cada categoría que se enumera a continuación?

RESPONDA PARA CADA CATEGORÍA (a-l) MARQUE UNA	Pobre	Regular	Buena	No sé/no lo compro
a. Frutas frescas				
b. Frutas congeladas				
c. Frutas enlatadas				
d. Frutas secas				
e. Vegetales frescos				
f. Vegetales congelados				
g. Vegetales enlatados				
h. Habichuelas secas o enlatadas				
i. Par, arroz o otros granos				
j. Productos lácteos como leche, queso o yogur				
k. Carnes como res, pollo o cerdo				
l. Mariscos				

A.8 Pensando en **todas las tiendas** donde usted (o el comprador principal) compra alimentos, ¿qué tan fácil es costear estos alimentos dentro de su presupuesto?

RESPONDA PARA CADA CATEGORÍA (a-i) MARQUE UNA	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	No sé/no lo consumo
a. Frutas frescas					
b. Frutas congeladas					
c. Frutas enlatadas					
d. Vegetales frescos					
e. Vegetales congelados					
f. Vegetales enlatados					
g. Productos lácteos como leche, queso o yogur					
h. Carnes como res, pollo o cerdo					
i. Mariscos					

A.9. ¿Es difícil comprar alimentos para su hogar por alguna de las siguientes razones?

Si	No	PARA CADA RAZÓN (a-g) MARQUE SI o NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Distancia a la tienda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Transportación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Horario de la tienda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Asequibilidad (costo de los alimentos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Discapacidad física
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Cantidad de tiempo disponible para comprar en la tienda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Preocupación sobre la seguridad (dentro y/o alrededor de la tienda)

A.10. **En los últimos 30 días**, ¿aproximadamente cuánto dinero gastó usted o su hogar en alimentos en supermercados, tiendas de comestibles u otras tiendas que venden productos alimenticios?

Incluya en su estimado de gasto para la compra de alimento cualquier compra realizada con los beneficios del programa de asistencia nutricional (PAN).

\$ _____

B. Alimentando a su hogar

A continuación, se presentan varias declaraciones que la gente ha hecho sobre su situación alimentaria. Para estas declaraciones, favor de indicar si ha ocurrido frecuentemente, a veces o nunca **en los últimos 12 meses**.

- B.1. **En los últimos 12 meses**, nos preocupó que la comida se podía acabar antes de tener dinero para comprar más. Esto ocurrió...
- Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
- B.2. **En los últimos 12 meses**, la comida que compramos no rindió lo suficiente y no teníamos dinero para comprar más. Es ocurrió...
- Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
- B.3. **En los últimos 12 meses**, no teníamos recursos suficientes para comer comida variada y nutritiva. Esto ocurrió...
- Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca

Para las siguientes preguntas, continúe respondiendo por su hogar en **los últimos 12 meses**.

- B.4. **En los últimos 12 meses**, ¿usted u otro adulto de su hogar redujo la cantidad de sus comidas o dejó de desayunar, almorzar o cenar porque le faltaba dinero para alimentos?
- Sí, casi todos los meses
 - Sí, algunos meses pero no todos los meses
 - Sí, solo 1 o 2 meses
 - No
- B.5. **En los últimos 12 meses**, ¿comió usted alguna vez menos de lo que pensaba que debía comer porque le faltaba dinero para alimentos?
- Sí
 - No
- B.6. **En los últimos 12 meses**, ¿tuvo usted hambre alguna vez pero no comió porque le faltaba dinero para alimentos?
- Sí
 - No

- B.7. **En los últimos 12 meses**, ¿perdió usted peso porque no comió los alimentos suficientes por falta de dinero para comida?
- Sí
 No
- B.8. **En los últimos 12 meses**, ¿alguna vez usted u otro adulto de su hogar no comió en todo el día porque le faltaba dinero para comida?
- Sí, casi todos los meses
 Sí, algunos meses pero no todos los meses
 Sí, solo 1 o 2 meses
 No

SI SU HOGAR NO INCLUYE NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS, PASE A LA SECCIÓN C.

A continuación, se presentan varias declaraciones que la gente ha hecho sobre la situación alimentaria de sus hijos. Para estas declaraciones, favor de indicar si ha ocurrido frecuentemente, a veces o nunca en **los últimos 12 meses** para los niños menores de 18 años que viven en el hogar.

Algunas personas pueden encontrar sensibles estas preguntas. Sus respuestas se mantendrán privadas y pueden ayudarnos a comprender las necesidades de las familias en Puerto Rico. Sus respuestas son privadas y no afectarán los beneficios que reciba actualmente o que pueda solicitar en el futuro a la ADSEF.

- B.9. **En los últimos 12 meses**, tuvimos que alimentar a los niños o jóvenes del hogar con alimentos de poca variedad y bajo costo porque se nos acababa el dinero para alimentos. Es ocurrió...
- Frecuentemente
 A veces
 Nunca
- B.10. **En los últimos 12 meses**, no pudimos alimentar a los niños o jóvenes con comida variada y nutritiva porque nos faltaba dinero para alimentos. Esto ocurrió...
- Frecuentemente
 A veces
 Nunca
- B.11. **En los últimos 12 meses**, los niños o jóvenes no comían lo suficiente porque nos faltaba dinero para comprar alimentos. Esto ocurrió...
- Frecuentemente
 A veces
 Nunca

Para las siguientes preguntas, continúe respondiendo sobre **los últimos 12 meses** para cualquier niño(s) que viva(n) en el hogar y que sea(n) menor de 18 años.

B.12. **En los últimos 12 meses**, ¿redujo alguna vez la cantidad de comida de un niño o joven del hogar por falta de dinero para comprar alimentos?

- Sí
- No

B.13. **En los últimos 12 meses**, ¿alguna vez algún niño o joven del hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar por falta de dinero para alimentos?

- Sí, casi todos los meses
- Sí, algunos meses pero no todos los meses
- Sí, solo 1 o 2 meses
- No

B.14. **En los últimos 12 meses**, ¿alguna vez algún niño o joven del hogar tuvo hambre pero faltaba dinero para comprar más alimentos?

- Sí
- No

B.15. **En los últimos 12 meses**, ¿alguna vez un niño o joven del hogar no comió en todo el día porque faltaba dinero para alimentos?

- Sí
- No

C. Estrategias de Afrontamiento, Recursos Comunitarios y su Vecindario

C.1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted o las personas de su hogar tuvieron que hacer alguna de las siguientes cosas para que el dinero de su comida le alcanzara para más?

PARA CADA ACCIÓN (a-j) MARQUE UNA		A menudo	De vez en cuando	Casi nunca	Nunca/No es una opción
a.	Obtener alimentos que tengan que reponer de familiares o amigos				
b.	Pedir prestado dinero que tiene que reponer a familiares o amigos				
c.	Cargar o aumentar la deuda de la tarjeta de crédito				
d.	Enviar a los miembros del hogar a comer a otro lugar				
e.	Aceptar comida como pago por trabajo				
f.	Comprar alimentos con dinero reservado para otros fines				
g.	Obtener comida de un banco de alimentos, alacena o comedor comunitario				
h.	Saltar comprar medicamentos o buscar atención médica				
i.	Retrasar el pago de la renta/hipoteca				
j.	Retrasar el pago de otras cuentas (utilidades - agua/electricidad, automóvil, tarjetas de crédito)				

C.2. ¿En su vecindario hay alguno de estos lugares o programas para familias que puedan necesitar ayuda con alimentos o comidas?

SÍ	No	No Sé	PARA CADA LUGAR (a-e) MARQUE SI, NO o NO SÉ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Banco de alimentos o alacena comunitaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Comidas gratuitas servidas en un refugio o comedor comunitario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Comidas gratuitas que se sirvan en una iglesia, comunidad o centro para personas de edad avanzada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Comidas a domicilio (Meals on Wheels) u otro programa de entrega de alimentos a domicilio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Cajas de alimento
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

C.3. **En los últimos 12 meses**, ¿usted o alguien de su hogar ha visitado un banco de alimentos, alacena comunitaria o lugar similar para conseguir alimentos para usted o su hogar?

- Sí
- No, **VAYA A LA C.4**
- 

C.3a. Por favor indique cuán de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones.

En general, los lugares de mi vecindario que ofrecen ayuda con alimentos o comida...	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ninguna de las dos	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Son de fáciles de llegar.					
Tienen comida saludable.					
Cuentan con personal que trata bien a los clientes.					
Tienen suficiente comida para todos los que se presentan.					

Por favor indique cuán de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones sobre el vecindario donde vive y las personas que le rodean.

C.4. La gente de aquí está dispuesta a ayudar a sus vecinos.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

C.5. Este es un vecindario muy unido o cercano donde las personas generalmente se conocen entre sí.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

- C.6. Si tuviera que pedir prestados \$30 en caso de emergencia, podría pedirlos prestados a un vecino.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
- C.7. Las personas de este vecindario generalmente no se llevan bien entre sí.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
- C.8. Se puede confiar en las personas de este vecindario.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
- C.9. Si estuviera enfermo/a, podría contar con mis vecinos para que hicieran las compras de alimentos por mí.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
- C.10. Las personas de este vecindario no comparten los mismos valores.
- Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

Las siguientes preguntas tratan sobre las estrategias que pueden utilizar algunos hogares para satisfacer sus necesidades básicas después de un desastre natural. Los desastres naturales pueden incluir huracanes, tormentas tropicales, sequías, incendios forestales y terremotos.

C.11. ¿Ha experimentado un desastre natural en Puerto Rico en los últimos 5 años?

Sí
 No  **VAYA A LA C.13**

C11.a Por favor indique que desastre natural experimentó **recientemente**.
Si experimentó más de uno, seleccione el más reciente desastre

- Huracán Fiona (18 de septiembre de 2022)
- Terremotos (2020)
- Huracán María (20 de septiembre de 2017)
- Huracán Irma (7 de septiembre de 2017)
- Otro desastre natural (Especifique: _____)

C.12. Pensando en el desastre natural más reciente que experimentó su hogar, ¿hizo su hogar alguna de las siguientes acciones para obtener los recursos necesarios?

Ye s	No	PARA CADA ACCIÓN (a-i) MARQUE SÍ o NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Dependere del apoyo de una organización sin fines de lucro (e.g. Cruz Roja)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Solicitar beneficios del PAN
		c. Solicitar otras formas de ayuda gubernamental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Tomar prestado dinero de familiares o amigos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Incurrir en o aumentar la deuda en tarjetas de crédito
		f. Vender o empeñar artículos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Buscar fuentes de ingreso adicionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Obtener un préstamo o adelanto en efectivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Reducir gastos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Usar los ahorros

La siguiente pregunta es acerca de cómo su hogar hizo frente a los desafíos financieros que resultaron de la **pandemia del Coronavirus (COVID-19)**.

C.13. Como resultado de la **pandemia del Coronavirus (COVID-19)**, ¿su hogar llevo a cabo alguna de las siguientes acciones para obtener recursos necesarios?

Ye s	No	PARA CADA ACCIÓN (a-i) MARQUE SÍ o NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Dependier del apoyo de una organización sin fines de lucro (e.g. Cruz Roja)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Solicitar beneficios del PAN
		c. Solicitar otras formas de ayuda gubernamental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Tomar prestado dinero de familiares o amigos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Incurrir en o aumentar la deuda en tarjetas de crédito
		f. Vender o empeñar artículos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Buscar fuentes de ingreso adicionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Obtener un préstamo o adelanto en efectivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Reducir gastos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Usar los ahorros

D. Acerca de Usted y su Hogar

D.1. **Incluyéndose usted**, ¿cuántas personas viven actualmente en su hogar?

- [__] 17 años de edad o menor
- [__] Entre 18 a 59 años de edad
- [__] 60 años de edad o más

D.2. En los **últimos 12 meses**, ¿ha habido algún cambio en el número de personas que viven en su hogar?

- [] Sí
- [] No, **VAYA A D.3**

D.2a. ¿Qué provocó este cambio?

MARQUE TODA LAS QUE CORRESPONDA

- [] Nacimiento de un niño/a
- [] Nuevo hijastro/a, niño, niña o joven albergado (cuidado sustituto), o hijo/a adoptivo/a
- [] Matrimonio, nueva pareja
- [] Separación o divorcio
- [] Fallecimiento de un miembro del hogar
- [] Huésped que se muda al hogar
- [] Familiar, huésped que se muda fuera del hogar
- [] Otro

D.3. ¿Cuál describe mejor el lugar donde vive?

MARQUE UNA

- [] Casa móvil (ej., RV, tráiler, remolque)
- [] Una casa unifamiliar separada de cualquier otra casa
- [] Una casa unifamiliar anexa o pegada a una o más casas
- [] Un edificio con dos o más apartamentos
- [] Otro

D.4. El lugar donde usted vive...

MARQUE UNA

- [] ¿Es propiedad de usted o de alguien en el hogar con una hipoteca o un préstamo?
- [] ¿Es propiedad de usted o de alguien en el hogar y está libre de hipoteca o préstamo?
- [] ¿Alquilado?
- [] ¿Ocupado sin pago de alquiler?

D.5. ¿Hay otra unidad familiar en su misma dirección postal? Esto podría incluir hogares que viven en el garaje u hogares multi-familiares (ej. apartamentos en los altos de la casa).

- [] Sí [__] ¿Cuántos hogares?
- [] No

D.6. Tiene usted o algún miembro de su hogar acceso a Internet usando...

Sí	No	PARA CADA OPCIÓN (a-e) MARQUE SI o NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿Plan de data móvil para un teléfono inteligente u otro dispositivo móvil?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Servicio de internet de banda ancha (alta velocidad) como cable, fibra óptica o DSL instalado en el hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿Servicio de internet satelital instalado en el hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Servicio de acceso telefónico al internet (dial-up) instalado en el hogar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿Algún otro servicio?

D.7. ¿Qué idioma se habla más comúnmente en su hogar?

- Español
- Inglés
- El español y el inglés se hablan por igual
- Un idioma que no sea español o inglés

D.8. Pensando en la persona de su hogar que ha completado la mayor cantidad de estudios, ¿cuál es el grado o nivel de estudios más alto que completó esa persona?

- Menos de 12mo grado (sin diploma de escuela superior)
- Diploma de escuela superior, estudios generales (GED) o credencial alternativa
- 1 o más años de créditos universitarios, sin título/grado
- Grado Asociado
- Certificado o diploma técnico o vocacional
- Grado de Bachillerato
- Grado de Maestría o Grado Doctoral

D. 9 ¿Alguien en su hogar a prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas, Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

- No
- Sí, en servicio activo ahora o en adiestramiento en la Reserva o la Guardia Nacional
- En servicio activo en el pasado pero no ahora

E. Participación en Programas Federales

Las siguientes preguntas se refieren a la participación de su hogar en varios programas federales.

- E.1. ¿Usted o alguien en su hogar ha recibido beneficios del Programa de Asistencia Nutricional (PAN) **en los últimos 12 meses**?

Los beneficios del PAN se proveen en una tarjeta de débito electrónica llamada Tarjeta de la Familia.

- Sí
 No **VAYA A E.2**
- 

- E.1a. **Durante los últimos 12 meses**, ¿por cuántos meses recibió beneficios del PAN?
[_____] meses

- E.1b. ¿Recibió usted o alguien de su hogar beneficios del PAN en [inserte el mes y/o mes del 20## -- ej. meses de la selección de la muestra]?
 Sí
 No

- E.1c. ¿Usted o alguien de su hogar recibe **actualmente** beneficios del PAN?
 Sí
 No

- E.1d. Pensando en **la última vez que recibió beneficios del PAN**, ¿cuánto recibió de beneficios?
\$_____

- E.1e. ¿Cuántas **semanas** suelen durar sus beneficios mensuales del PAN)?
MARQUE UNA
 1 semana o menos
 2 semanas
 3 semanas
 4 semanas
 más de 4 semanas

E.2. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o alguien de su hogar...

Sí	No	MARQUE SI o NO PARA CADA BENEFICIO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Ayuda de un programa de gobierno para pagar por renta o costos de vivienda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Ayuda del Programa de Subsidio de Energía para el pago de electricidad, gas o facturas de utilidades (LIHEAP)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Ayuda para Envejecidos, Ciegos y Discapacitados (AABD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Seguro Social por discapacidad (SSDI)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Beneficios del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Programa WIC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. Beneficios del Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Ayuda de una agencia gubernamental para pagar por los servicios de cuidado infantil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Comida gratis o a precio reducido en una guardería o programa Head Start
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Almuerzos gratis o de costo reducido en la escuela (Incluye comidas para llevar que los estudiantes pueden recoger y llevar a casa si las escuelas cierran debido a un desastre o una crisis de salud pública)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Desayunos gratis o de precio reducido en la escuela (Incluye comidas para llevar que los estudiantes pueden recoger y llevar a casa si las escuelas cierran debido a un desastre o una crisis de salud pública)

F. Empleo y Finanzas del Hogar

Las siguientes preguntas se refieren al empleo y las finanzas del hogar. Estas preguntas se informarán en un formato de resumen y no tendrán ningún efecto en su recepción de beneficios públicos.

F.1. **Incluyéndose a usted**, ¿cuántos adultos de 18 años o más en el hogar estuvieron empleados durante **los últimos 30 días**?

- Número de adultos empleados a tiempo completo
- Número de adultos empleados a tiempo parcial
- Ningún adulto estuvo empleado

F.2. ¿Alguien en su hogar ha tenido un cambio de empleo o un cambio de salario o de horas trabajadas en un trabajo **en los últimos 12 meses**?

- Sí
- No **VAYA A F.3**

F.2a. El cambio fue provocado por...

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN

- Conseguir un empleo
- Pérdida de empleo o renuncia
- Aumento en paga o horas
- Disminución de paga o horas

F.3. ¿Hay algún joven de 16 o 17 años en su hogar?

- Sí
- No **VAYA A F.4**

F.3a. ¿Cuántos jóvenes de 16 o 17 años estuvieron empleados **en los últimos 30 días**?

- Número de jóvenes empleados a tiempo completo
- Número de jóvenes empleados a tiempo parcial
- Ningún joven estuvo empleado

F.4. Por favor indique si usted o alguien en su hogar recibió ingresos **en los últimos 12 meses** de cualquiera de los siguientes:

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUE

- Sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas
- Ingreso de trabajo por cuenta propia de negocio propio no agrícola o agrícola
- Intereses, dividendos, ingresos netos por alquiler, ingresos por regalías o ingresos de herencia o fidecomisos
- Seguro Social
- Cualquier asistencia pública o pago de bienestar de la oficina de bienestar estatal
- Pensiones por jubilación, sobrevivientes o discapacidad
- Cualquier otra fuente de ingreso que se reciba regularmente, como pago de Veteranos (VA), compensación por desempleo, manutención de menores o pensión alimentaria

F.5. ¿Qué categoría describe mejor **los ingresos totales de su hogar en el año pasado**, antes de impuestos u otras deducciones?

- Sin ingresos
- \$1-\$4,999
- \$5,000-\$9,999
- \$10,000-\$14,999
- \$15,000-\$19,999
- \$20,000-\$24,999
- \$25,000-\$29,999
- \$30,000-\$39,999
- \$40,000-\$49,999
- \$50,000-\$59,999
- \$60,000 o más

F.6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación financiera **actual** de su hogar?

- Muy cómoda y segura
- Capaz de llegar a fin de mes sin mucha dificultad
- De vez en cuando tiene algunas dificultades para llegar a fin de mes
- Difícil de llegar a fin de mes, pero manteniendo la cabeza fuera del agua/sobreviviendo
- Incapaz de llegar a fin de mes

F.7. Describa hasta qué punto cada uno de los problemas a continuación fueron una preocupación para su hogar **en los últimos 12 meses**.

PARA CADA PROBLEMA (a-e) MARQUE UNO	No es un problema	Es un problema a leve	Es un problema moderado	Es un problema severo
a. Capacidad para pagar las utilidades (agua/luz)				
b. Capacidad para pagar el alquiler o hipoteca				
c. Capacidad para pagar el teléfono móvil/celular o servicio de internet				
d. Conseguir que alguien cuide los niños u otro dependiente				
e. Tener un transporte conveniente y confiable				

G. Salud y Acceso a Servicios de Salud

G.1. Indique si **usted o alguien en su hogar** tiene dificultades con las siguientes actividades.

PARA CADA ACTIVIDAD (a-f) MARQUE UNA	Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo	No sé
a. Ver, incluso si usa espejuelos	<input type="checkbox"/>				
b. Oír, incluso si usa audífonos	<input type="checkbox"/>				
c. Caminar o subir escalones	<input type="checkbox"/>				
d. Recordar o concentrarse	<input type="checkbox"/>				
e. Autocuidado, como bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/>				
f. Comunicarse utilizando el idioma que se habla más comúnmente en casa; por ejemplo comprender o ser comprendido/a	<input type="checkbox"/>				

G.2. ¿Está **usted o alguien en su hogar** limitado en el tipo O cantidad de trabajo que puede hacer debido a un problema físico, mental o emocional?

- Sí
- No
- No sé

G.3. ¿Tiene **usted o alguien en su hogar** dificultad para hacer mandados solo, como ir con consultorio médico o ir de compras, debido a una condición física, mental o emocional?

- Sí
- No
- No sé

G.4. **Incluyéndose a usted**, ¿algún miembro de su hogar está **actualmente** cubierto por alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica?

Sí	No	MARQUE SÍ O NO PARA CADA TIPO DE COBERTURA (a-e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. Seguro a través de un empleador o sindicato actual o anterior (suyo o de otro miembro de la familia)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Medicare, para personas mayores de 65 años o personas con ciertas discapacidades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Medicaid (Salud Vital), Asistencia Médica, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program - CHIP) o cualquier tipo de plan de asistencia patrocinado por Puerto Rico basado en ingresos o una discapacidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. TRICARE u otra atención médica militar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Cualquier otro tipo de seguro médico o plan de cobertura médica

G.5. **En los últimos 12 meses**, ¿alguien en su hogar tuvo problemas para pagar o no pudo pagar las facturas médicas?

- Sí
- No

G.6. Pensando en sus experiencias de cuidado de salud durante **los últimos 12 meses**, ¿se ha retrasado la atención médica de alguien en el hogar debido a la preocupación por el costo?

- Sí
- No

G.7. **En los últimos 12 meses**, ¿hubo algún momento en el que alguien en el hogar necesitó atención médica pero no la buscó porque no podía pagarla?

- Sí
- No

G.8. **En los últimos 12 meses**, ¿usted o algún miembro de su hogar ha recibido tratamiento, consejería o servicios debido a un problema con el consumo de tabaco, alcohol o drogas?

- Sí
- No

H. Datos Demográficos del Encuestado/a

- H.1. Tiene usted...
- Entre 18–29 años de edad
 - Entre 30–39 años de edad
 - Entre 40–49 años de edad
 - Entre 50–59 años de edad
 - 60 años o más
- H.2. ¿Actualmente se describe a sí mismo como ...?
- Hombre
 - Mujer
 - Transgénero
 - Ninguna de las anteriores
- H.3. Esta usted...
- Casado/a
 - Divorciado/a
 - Separado/a
 - Viudo/a
 - Nunca casado
- H.4. ¿Es usted de origen Hispano o Latino?
- Sí, Puertorriqueño/a
 - Sí, de otro origen Hispano o Latino
 - No
- H.5. Es usted...
- SELECCIONE TODAS LAS QUE APLIQUEN**
- Blanco/a
 - Negro/a o Afroamericano/a
 - Asiático/a
 - Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
 - Indio/a Americano/a o Nativo de Alaska
- H.6. ¿Es usted residente de Puerto Rico?
- Sí
 - No

D. Agradecimiento y Próximos Pasos

Gracias por completar esta encuesta. Le enviaremos una tarjeta de regalo de \$40 como agradecimiento por su tiempo.

Déjenos saber a dónde enviar los \$40 por esta encuesta.

Nombre: _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Déjenos saber si está dispuesto/a a ser contactado/a.

Estoy de acuerdo a ser contactado/a para una entrevista telefónica de seguimiento más o menos en el próximo mes, si soy seleccionado/a (La entrevista durará aproximadamente 1 hora y recibirá \$50 como agradecimiento).

Número Residencial: _____

Número de Teléfono Celular: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Estoy de acuerdo a ser contactado/a para encuestas adicionales en el futuro.

Debido a que los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico cambian con el tiempo, por favor indíquenos el nombre e información de contacto de dos personas que sepan como encontrarle.

Persona de Contacto 1: _____

Número de Teléfono de Persona de Contacto 1: _____

Persona de Contacto 2: _____

Número de Teléfono de Persona de Contacto 2: _____