

# American Community Survey

PLACE LABEL  
 HERE

**This questionnaire is available in either English or Spanish.  
 Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the English questionnaire, begin on page 2. To complete the Spanish questionnaire, flip this over and complete the green side.

**Please complete this form as soon as possible.** Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

**If you need help** or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

**For more information** about the American Community Survey, visit our website at: [census.gov/acs](https://census.gov/acs)

Para completar el cuestionario en inglés, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en español, vírelo y complete el lado verde.

**Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible.** Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

**Si necesita ayuda** o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

**Para obtener más información** sobre la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, vaya a nuestra página en la internet: [census.gov/acs](https://census.gov/acs)

**CENSUS USE ONLY**

**How was this form completed?**

English

Spanish



- 1 What is your name?** Please print your name. Include your telephone number, and today's date. We will only contact you if needed for official Census Bureau business.

Last Name

First Name

MI

Area Code + Number

 - 

Today's Date

Month

Day

Year

 /  / 

- 2 What is your sex?** Mark (X) ONE box.

Male

Female

- 3 What is your age and what is your date of birth?** For babies less than 1 year old, do not write the age in months. Write 0 as the age.

Print numbers in boxes.

Age (in years)

Month

Day

Year of birth

 /  / 

- A NOTE:** Please answer BOTH Question 4 about Hispanic origin and Question 5 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.

- 4 Are you of Hispanic, Latino, or Spanish origin?**

No, not of Hispanic, Latino, or Spanish origin

Yes, Mexican, Mexican Am., Chicano

Yes, Puerto Rican

Yes, Cuban

Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin – Print, for example, Salvadoran, Dominican, Colombian, Guatemalan, Spaniard, Ecuadorian, etc. ↴

- 5 What is your race?**

Mark (X) one or more boxes AND print origins.

White – Print, for example, German, Irish, English, Italian, Lebanese, Egyptian, etc. ↴



Black or African Am. – Print, for example, African American, Jamaican, Haitian, Nigerian, Ethiopian, Somali, etc. ↴



American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe(s), for example, Navajo Nation, Blackfeet Tribe, Mayan, Aztec, Native Village of Barrow Inupiat Traditional Government, Nome Eskimo Community, etc. ↴



Chinese

Vietnamese

Native Hawaiian

Filipino

Korean

Samoan

Asian Indian

Japanese

Chamorro

Other Asian – Print, for example, Pakistani, Cambodian, Hmong, etc. ↴

Other Pacific Islander – Print, for example, Tongan, Fijian, Marshallese, etc. ↴



Some other race – Print race or origin. ↴



**6 Where were you born?**

- In the United States – *Print name of state.*

- Outside the United States – *Print name of foreign country, or Puerto Rico, Guam, etc.*

**7 Are you a citizen of the United States?**

- Yes, born in the United States → *SKIP to question 9a*
- Yes, born in Puerto Rico, Guam, the U.S. Virgin Islands, or Northern Marianas
- Yes, born abroad of U.S. citizen parent or parents
- Yes, U.S. citizen by naturalization – *Print year of naturalization* ↘

- No, not a U.S. citizen

**8 When did you come to live in the United States?**

*If you came to live in the United States more than once, print latest year.*

Year

- 9 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, have you attended school or college?** *Include only nursery or preschool, kindergarten, elementary school, home school, and schooling which leads to a high school diploma or a college degree.*

- No, have not attended in the last 3 months → *SKIP to question 10*
- Yes, public school, public college
- Yes, private school, private college, home school

**b. What grade or level were you attending?**

*Mark (X) ONE box.*

- Nursery school, preschool
- Kindergarten
- Grade 1 through 12 – *Specify grade 1 - 12* ↘
- College undergraduate years (freshman to senior)
- Graduate or professional school beyond a bachelor's degree (*for example: MA or PhD program, or medical or law school*)

- 10 What is the highest degree or level of school you have COMPLETED?** *Mark (X) ONE box. If currently enrolled, mark the previous grade or highest degree received.*

**NO SCHOOLING COMPLETED**

- No schooling completed

**NURSERY OR PRESCHOOL THROUGH GRADE 12**

- Nursery school
- Kindergarten
- Grade 1 through 11 – *Specify grade 1 - 11* ↘

- 12th grade – **NO DIPLOMA**

**HIGH SCHOOL GRADUATE**

- Regular high school diploma
- GED or alternative credential

**COLLEGE OR SOME COLLEGE**

- Some college credit, but less than 1 year of college credit
- 1 or more years of college credit, no degree
- Associate's degree (*for example: AA, AS*)
- Bachelor's degree (*for example: BA, BS*)

**AFTER BACHELOR'S DEGREE**

- Master's degree (*for example: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA*)
- Professional degree beyond a bachelor's degree (*for example: MD, DDS, DVM, LLB, JD*)
- Doctorate degree (*for example: PhD, EdD*)



**B** Answer question 11 if you have a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 12.

**11** This question focuses on your BACHELOR'S DEGREE. Please print below the specific major(s) of any BACHELOR'S DEGREES you have received. (For example: chemical engineering, elementary teacher education, organizational psychology)


**12** What is your ancestry or ethnic origin?


(For example: Italian, Jamaican, African Am., Cambodian, Cape Verdean, Norwegian, Dominican, French Canadian, Haitian, Korean, Lebanese, Polish, Nigerian, Mexican, Taiwanese, Ukrainian, and so on.)

**13** a. Do you speak a language other than English at home?

- Yes
- No → SKIP to question 14a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well do you speak English?

- Very well
- Well
- Not well
- Not at all

**14** a. Did you live at this address 1 year ago?

- Person is under 1 year old → SKIP to question 16
- Yes, at this address → SKIP to question 15
- No, outside the United States and Puerto Rico – Print name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc., below; then SKIP to question 15

- No, at a different address in the United States or Puerto Rico

b. Where did you live 1 year ago?

Address (Number and street name)


Name of city, town, post office, military installation, or base

Name of U.S. county or municipio in Puerto Rico

Name of U.S. state or Puerto Rico

ZIP Code






**15** IN THE PAST 12 MONTHS, did you receive benefits from the Food Stamp Program or SNAP (the Supplemental Nutrition Assistance Program)? Do NOT include WIC, the School Lunch Program, or assistance from food banks.

- Yes
- No

**16** Are you CURRENTLY covered by any of the following types of health insurance or health coverage plans? Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h.

- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Insurance through a current or former employer or union (of yours or another family member)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by you or another family member)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, for people 65 and older, or people with certain disabilities   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance, or any kind of government-assistance plan for those with low incomes or a disability | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE or other military health care  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (enrolled for VA health care)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Indian Health Service  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Any other type of health insurance or health coverage plan – Specify ↴   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**C** Answer question 17a if you are covered by health insurance. Otherwise, SKIP to question 18a.

- 17 a. Is there a premium for this plan?**  
A premium is a fixed amount of money paid on a regular basis for health coverage. It does not include copays, deductibles, or other expenses such as prescription costs.

- Yes  
 No → SKIP to question 18a

- b. Do you or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

- 18 a. Are you deaf or do you have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

- b. Are you blind or do you have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**D** Answer questions 19a – c if you are 5 years old or over. Otherwise, SKIP to **J** on page 10 for further instructions; do not answer any more questions.

- 19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

- b. Do you have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

- c. Do you have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**E** Answer question 20 if you are 15 years old or over. Otherwise, SKIP to **J** on page 10 for further instructions; do not answer any more questions.

- 20 Because of a physical, mental, or emotional condition, do you have difficulty doing errands alone such as visiting a doctor's office or shopping?**

- Yes  
 No

- 21 What is your marital status?**

- Now married  
 Widowed  
 Divorced  
 Separated  
 Never married → SKIP to **F** on the next page

- 22 In the PAST 12 MONTHS, did you get –**

- |              | Yes                      | No                       |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Married?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Widowed?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Divorced? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 23 How many times have you been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

- 24 In what year did you last get married?**

Year



**F** Answer question 25 if you are female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, have you given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Do you have any of your own grandchildren under the age of 18 living in this place?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Are you currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this place?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long have you been responsible for these grandchildren? If you are financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom you have been responsible for the longest period of time.

- Less than 6 months  
 6 to 11 months  
 1 or 2 years  
 3 or 4 years  
 5 or more years

**27** Have you ever served on active duty in the U.S. Armed Forces, Reserves, or National Guard? Mark (X) ONE box.

- Never served in the military → SKIP to question 30a  
 Only on active duty for training in the Reserves or National Guard → SKIP to question 29a  
 Now on active duty  
 On active duty in the past, but not now

**28** When did you serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which you served, even if just for part of the period.

- September 2001 or later (Post 9/11)  
 August 1990 through August 2001 (including the Persian Gulf War)  
 June 1975 through July 1990  
 August 1964 through May 1975 (including the Vietnam War)  
 February 1955 through July 1964  
 June 1950 through January 1955 (including the Korean War)  
 January 1947 through May 1950  
 December 1941 through December 1946 (including World War II)  
 November 1941 or earlier

**29** a. Do you have a VA service-connected disability rating?

- Yes (such as 0%, 10%, 20%, ... , 100%)  
 No → SKIP to question 30a

b. What is your service-connected disability rating?

- 0 percent  
 10 or 20 percent  
 30 or 40 percent  
 50 or 60 percent  
 70 percent or higher



**30 a. LAST WEEK, did you work for pay at a job (or business)?**

- Yes → SKIP to question 31
- No – Did not work (or retired)

**b. LAST WEEK, did you do ANY work for pay, even for as little as one hour?**

- Yes
- No → SKIP to question 36a

**31 At what location did you work LAST WEEK?**

*If you worked at more than one location, print where you worked most last week.*

**a. Address (Number and street name)**

*If the exact address is not known, give a description of the location such as the building name or the nearest street or intersection.*

**b. Name of city, town, post office, military installation, or base**

**c. Is the work location inside the limits of that city or town?**

- Yes
- No, outside the city/town limits

**d. Name of county**

**e. Name of U.S. state or foreign country**

**f. ZIP Code**

**32 How did you usually get to work LAST WEEK?**

*Mark (X) ONE box for the method of transportation used for most of the distance.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Car, truck, or van                   | <input type="checkbox"/> Taxi or ride-hailing services                   |
| <input type="checkbox"/> Bus                                  | <input type="checkbox"/> Motorcycle                                      |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated rail              | <input type="checkbox"/> Bicycle   |
| <input type="checkbox"/> Long-distance train or commuter rail | <input type="checkbox"/> Walked  |
| <input type="checkbox"/> Light rail, streetcar, or trolley    | <input type="checkbox"/> Worked from this address → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                                    |

**G** Answer question 33 if you marked "Car, truck, or van" in question 32. Otherwise, SKIP to question 34.

**33 How many people, including yourself, usually rode to work in the car, truck, or van LAST WEEK?**

Person(s)

**34 LAST WEEK, what time did your trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

**35 How many minutes did it usually take you to get from this address to work LAST WEEK?**

Minutes

**H** Answer questions 36 – 39 if you did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.

**36 a. LAST WEEK, were you on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c
- No

**b. LAST WEEK, were you TEMPORARILY absent from a job or business?**

- Yes, on vacation, temporary illness, maternity leave, other family/personal reasons, bad weather, etc. → SKIP to question 39
- No → SKIP to question 37

**c. Have you been informed that you will be recalled to work within the next 6 months OR been given a date to return to work?**

- Yes → SKIP to question 38
- No



**37** During the **LAST 4 WEEKS**, have you been **ACTIVELY** looking for work?

- Yes  
 No → *SKIP* to question 39

**38** **LAST WEEK**, could you have started a job if offered one, or returned to work if recalled?

- Yes, could have gone to work  
 No, because of own temporary illness  
 No, because of all other reasons (in school, etc.)

**39** When did you last work, even for a few days?

- Within the past 12 months  
 1 to 5 years ago → *SKIP* to **I**  
 Over 5 years ago or never worked → *SKIP* to question 43

**40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did you work **EVERY** week? Count paid vacation, paid sick leave, and military service as work.

- Yes → *SKIP* to question 41  
 No

b. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, how many **WEEKS** did you work? Include paid time off and include weeks when you only worked for a few hours.

Weeks

**41** During the **PAST 12 MONTHS**, in the **WEEKS WORKED**, how many hours did you usually work each **WEEK**?

Usual hours worked each WEEK

**I** Answer questions 42a – f if you worked in the past 5 years. Otherwise, *SKIP* to question 43.

**42** **DESCRIPTION OF EMPLOYMENT**

The next series of questions is about the type of employment you had last week.

If you had more than one job, describe the one at which the most hours were worked. If you did not work last week, describe the most recent employment in the past five years.

a. Which one of the following best describes your employment last week or the most recent employment in the past 5 years? Mark (X) **ONE** box.

**PRIVATE SECTOR EMPLOYEE**

- For-profit** company or organization  
 **Non-profit** organization (including tax-exempt and charitable organizations)

**GOVERNMENT EMPLOYEE**

- Local government** (for example: city or county school district)  
 **State government** (including state colleges/universities)  
 **Active duty** U.S. Armed Forces or Commissioned Corps  
 **Federal government** civilian employee

**SELF-EMPLOYED OR OTHER**

- Owner of non-incorporated** business, professional practice, or farm  
 **Owner of incorporated** business, professional practice, or farm  
 Worked **without pay** in a **for-profit** family business or farm for 15 hours or more per week

b. What was the name of your employer, business, agency, or branch of the Armed Forces?

c. What kind of business or industry was this? Include the main activity, product, or service provided at the location where employed. (For example: elementary school, residential construction)

d. Was this mainly – Mark (X) **ONE** box.

- manufacturing?  
 wholesale trade?  
 retail trade?  
 other (agriculture, construction, service, government, etc.)?





**e. What was your main occupation?**  
(For example: 4th grade teacher, entry-level plumber)

**f. Describe your most important activities or duties.** (For example: instruct and evaluate students and create lesson plans, assemble and install pipe sections and review building plans for work details)


**43 INCOME IN THE PAST 12 MONTHS**

Mark (X) the "Yes" box for each type of income you received, and give your best estimate of the **TOTAL AMOUNT** during the **PAST 12 MONTHS**. (NOTE: The "past 12 months" is the period from today's date one year ago up through today.)

Mark (X) the "No" box to show types of income **NOT** received.

If your net income was a loss, mark the "Loss" box to the right of the dollar amount.

For income received jointly, report only your share of the amount received or earned.

**a. Did you receive any wages, salary, commissions, bonuses, or tips in the PAST 12 MONTHS?**

Yes → **What was the amount from all jobs before deductions for taxes, bonds, dues, or other items?**

Total amount – Dollars

No

**b. Did you have any self-employment income from own nonfarm businesses or farm businesses, including proprietorships and partnerships, in the PAST 12 MONTHS?**

Yes → **What was the net income after business expenses?**

Total amount – Dollars

Loss

No

**c. Did you receive any interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts in the PAST 12 MONTHS?**

Report even small amounts credited to an account.

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

Loss

No

**d. Did you receive any Social Security or Railroad Retirement income in the PAST 12 MONTHS?**

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

No

**e. Did you receive any Supplemental Security Income (SSI) in the PAST 12 MONTHS?**

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

No

**f. Did you receive any public assistance or welfare payments from the state or local welfare office in the PAST 12 MONTHS?**

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

No

**g. Did you receive any retirement income, pensions, survivor or disability income in the PAST 12 MONTHS?** Include income from a previous employer or union, or any regular withdrawals or distributions from IRA, Roth IRA, 401(k), 403(b), or other accounts specifically designed for retirement. Do not include Social Security.

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

No

**h. Did you have any other sources of income received regularly such as Veterans' (VA) payments, unemployment compensation, child support, or alimony in the PAST 12 MONTHS?**

Do NOT include lump sum payments such as money from an inheritance or sale of a home.

Yes → **What was the amount?**

Total amount – Dollars

No

**44 What was your total income during the PAST 12 MONTHS?** Add entries 43a to 43h; subtract any losses.

If net income was a loss, enter the amount and mark (X) the "Loss" box next to the dollar amount.

Total amount – Dollars

None

OR

Loss



**J Thank you** very much for your participation.

Place the questionnaire in the envelope and HOLD for your Census Bureau Representative to pick up.

The Census Bureau estimates that this form will take about 25 minutes to complete, including the time for reviewing the instructions and answers. Send comments regarding this burden estimate, including suggestions for reducing this burden, to: Paperwork Reduction Project, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, ADDC-4H277, Washington, DC 20233. You may email comments to [acso.pra@census.gov](mailto:acso.pra@census.gov); use "Paperwork Project" as the subject.

Respondents are not required to respond to any information collection unless it displays a valid approval number from the Office of Management and Budget. This 8-digit number appears in the bottom right on the front cover of this form.



## CENSUS USE ONLY

1. Who answered the questions on this form? *Mark (X) one box.*

- Sample resident
- Proxy respondent
- SSS individual
- A combination of sources
- Don't know

2. How were the questions on this form completed? *Mark (X) one box.*

- By self-response
- By personal interview – *Specify reason* ↘

3. Were administrative records used to complete any of the questions on this form?  
*Mark (X) one box.*

- No**
- Yes, Some** administrative record information was used
- Yes, All** responses were obtained from administrative record information
- Don't know

<b>Final Outcome Codes</b>		Reason (code 219 or 243):
Interview	Noninterview	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Out of scope →	<input type="checkbox"/> 243	
Other – <i>Specify</i> →	<input type="checkbox"/> ____	
Mark (X) ONE of the codes below to indicate the final outcome of the case. If code 219 or 243 is marked, explain reason in the space provided.		

I have reviewed the questionnaire for completeness.

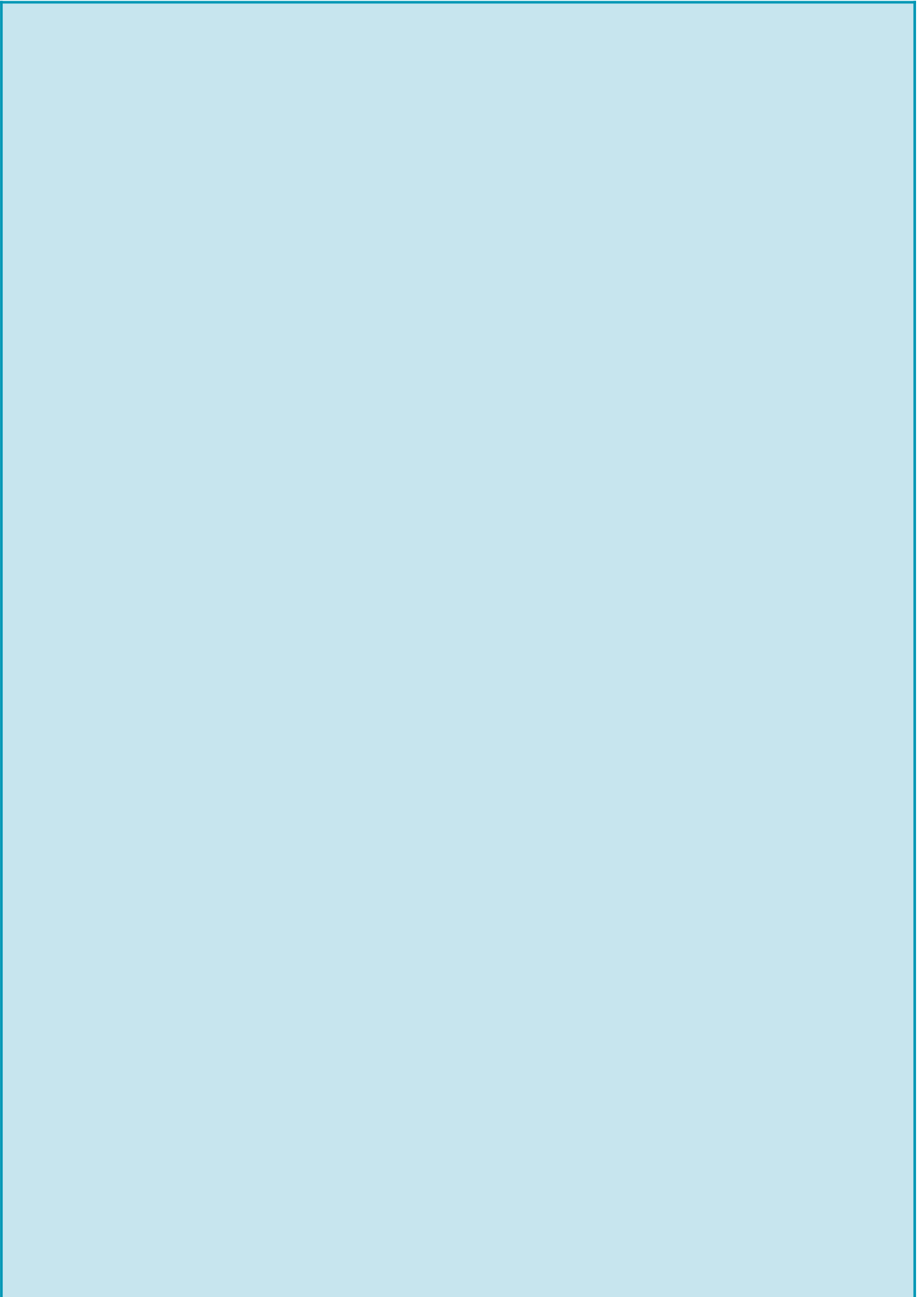
FR's name

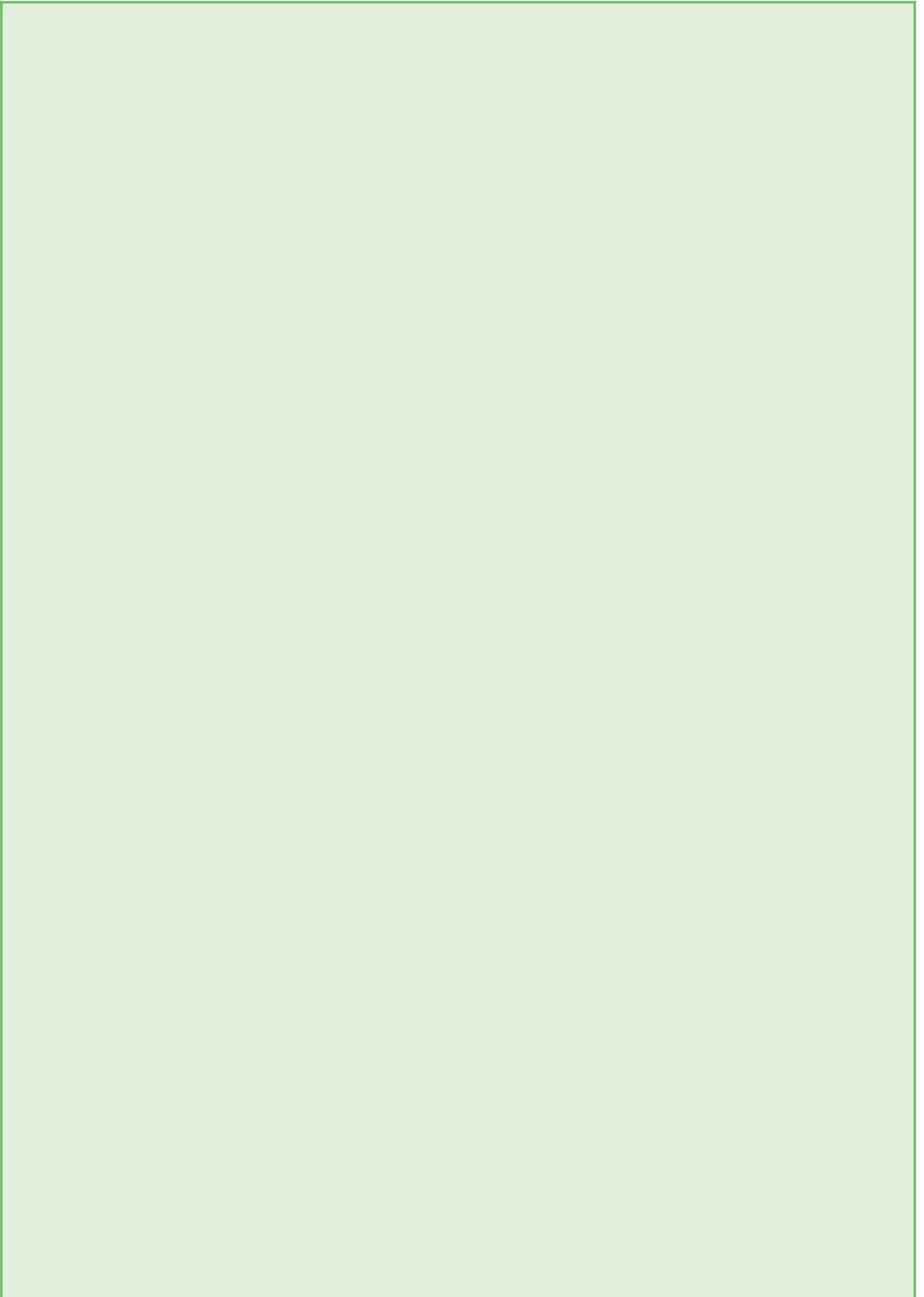
Username

Date of interview









## CENSUS USE ONLY

1. ¿Quién contestó las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- Residente en la muestra
- Individuo con poder o autorización para responder en nombre del residente en la muestra
- Individuo con clasificación de empleado especial juramentado
- Una combinación de fuentes
- No sabe

2. ¿Cómo se completaron las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- Por auto-respuesta
- Por medio de una entrevista en persona – *Especifique la razón* ↘

3. ¿Se usaron registros administrativos para completar cualquiera de las preguntas de este cuestionario? *Marque (X) una casilla.*

- No**
- Sí, se usó alguna** información de registros administrativos para completar este cuestionario
- Sí, todas** las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de registros administrativos
- No sabe

<b>Códigos de Resultado Final</b>		Razón (código 219 ó 243):
Interview	Noninterview	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> ____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

Username

Date of interview





**J Muchas gracias** por su participación.

Coloque el cuestionario en el sobre y **GUÁRDELO** hasta que su Representante de la Oficina del Censo lo recoja.

La Oficina del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, ADDC-4H277, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a [aco.pra@census.gov](mailto:aco.pra@census.gov): escriba "Paperwork Project" en el espacio para el tema.

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.



**e. ¿Cuál era su ocupación principal?**

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

**f. Describa su actividades o deberes más importantes.** (Por ejemplo: dar clases y evaluar a los estudiantes y planificar lecciones, montar e instalar tramos de tubería y revisar los planes de construcción para las especificaciones del trabajo)

**43 INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**

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 hace un año hasta hoy.)

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

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

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

**a. ¿Recibió usted jornales, salarios, comisiones, bonificaciones o propinas en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

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

Cantidad total – Dólares

- No

**b. ¿Tuvo usted algún ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario(a) único(a) o en sociedad en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

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

Cantidad total – Dólares

Pérdida

- No

**c. ¿Recibió usted intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos en los ÚLTIMOS 12 MESES? Informe cantidades acreditadas a una cuenta aunque sean pequeñas.**

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

Pérdida

- No

**d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o ingreso de jubilación para personal de los ferrocarriles en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

**e. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

**f. ¿Recibió usted algún pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

**g. ¿Recibió usted algún ingreso por jubilación, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Incluya ingresos de un empleador o sindicato previo, retiros o distribuciones periódicas de una cuenta individual de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), una IRA no deducible (Roth IRA), un plan 401(k), 403(b) u otras cuentas diseñadas específicamente para la jubilación. No incluya el Seguro Social.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

**h. ¿Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o de la venta de una casa.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

- No

**44 ¿Cuál fue su ingreso total en 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 cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.**

Ninguno

- Ó

Cantidad total – Dólares

Pérdida





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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

**39** ¿Cuándo trabajó usted por última vez, aunque fuera por unos pocos días?

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

**I** Conteste las preguntas 42a – f sólo si usted trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 43.

**42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su empleo de la semana pasada o su empleo más reciente en los últimos 5 años?

Marque (X) UNA casilla.

**EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO**

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

**EMPLEADO DEL GOBIERNO**

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

**EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO**

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

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

c. ¿Qué tipo de negocio o industria era este? Incluya la actividad, producto o servicio principal 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.)?



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

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

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 36a

**31 ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA? Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted 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 o la calle o intersección más cercana.*

**b. Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar**

**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**

**e. Nombre del estado de los EE. UU. o país extranjero**

**f. Código Postal**

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

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

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

**33 ¿Cuántas personas, incluyéndolo(a) a usted, usualmente viajaron al trabajo en el automóvil, camión o van LA SEMANA PASADA?**

Persona(s)

**34 LA SEMANA PASADA ¿a qué hora usualmente comenzó usted su viaje al trabajo?**

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.


 a.m.  
 p.m.

**35 ¿Cuántos minutos le tomó a usted usualmente ir de esta dirección al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Minutos

**H** Conteste las preguntas 36 – 39 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 40a.

**36 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) o lo(a) descansaron de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 36c
- No

**b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente TEMPORALMENTE de su empleo o negocio?**

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 39
- No → PASE a la pregunta 37

**c. ¿Se le ha informado a usted que será llamado(a) de nuevo a trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?**

- Sí → PASE a la pregunta 38
- No



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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

b. ¿Es usted actualmente responsable de la mayoría de las necesidades básicas de algunos de sus nietos menores de 18 años que viven en este lugar?

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

c. ¿Cuánto tiempo hace que usted es responsable de este(os) nieto(s)? Si usted es responsable económicamente de más de un nieto, conteste la pregunta para el nieto del cual haya sido responsable por más tiempo.

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

**27** ¿Ha estado usted alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

Marque (X) UNA casilla.

- Nunca estuvo en el servicio militar → PASE a la pregunta 30a  
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 29a  
 En servicio activo ahora  
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

**28** ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual usted estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 o después (Posterior al 11 de septiembre)  
 Agosto de 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la guerra del Golfo Pérsico)  
 Junio de 1975 a julio de 1990  
 Agosto de 1964 a mayo de 1975 (incluyendo la guerra de Vietnam)  
 Febrero de 1955 a julio de 1964  
 Junio de 1950 a enero de 1955 (incluyendo la guerra de Corea)  
 Enero de 1947 a mayo de 1950  
 Diciembre de 1941 a diciembre de 1946 (incluyendo la Segunda Guerra Mundial)  
 Noviembre de 1941 o antes

**29** a. ¿Tiene usted 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 usted?

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



**C** Conteste la pregunta 17a si usted tiene seguro de salud. De lo contrario, PASE a la pregunta 18a.

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

**18** a. **¿Es usted sordo(a) o tiene una dificultad seria para oír?**

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

**D** Conteste las preguntas 19a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 10 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

c. **¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?**

- Sí  
 No

**E** Conteste la pregunta 20 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **J** en la página 10 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

**20** **Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a), tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?**

- Sí  
 No

**21** **¿Cuál es su estado civil?**

- Casado(a) actualmente  
 Viudo(a)  
 Divorciado(a)  
 Separado(a)  
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **F** en la próxima página

**22** **En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿usted –**

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

**23** **¿Cuántas veces ha estado usted casado(a)?**

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

**24** **¿En qué año se casó usted la última vez?**

Año

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



**B** Conteste la pregunta 11 si tiene un título de licenciatura universitaria o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 12.

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


**12** ¿Cuál es su ascendencia u origen étnico?


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

**13** a. En su hogar, ¿habla usted un idioma que no sea inglés?

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 14a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

**14** a. ¿Vivía usted en esta dirección hace 1 año?

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 16  
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 15  
 No, fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico – Escriba en letra de molde continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE. UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15

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

b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección  
(Número y nombre de la calle)


Nombre de la ciudad, pueblo, oficina de correos, instalación o base militar

Nombre del condado de los Estados Unidos o municipio en Puerto Rico

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal

**15** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del gobierno por medio del Programa de Cupones de Alimentos o SNAP (el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.

- Sí  
 No

**16** ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a–h.

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su empleador o sindicato ( <i>union</i> ), actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted o por cualquier otro miembro de la familia)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE u otro seguro de salud militar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (se ha registrado en el sistema de cuidado de salud militar de la VA)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de seguro de salud – Especifique ↴  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**6 ¿Dónde nació usted?**

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

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

**7 ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos?**

- Sí, nacido(a) en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 9a*
- Sí, nacido(a) en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte
- Sí, nacido(a) en el extranjero de padre o madre ciudadanos de los EE. UU.
- Sí, ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. *Escriba el año de naturalización* ↘

- No, no es ciudadano(a) de los Estados Unidos

**8 ¿Cuándo vino usted a vivir a los Estados Unidos? Si usted vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.**

Año

**9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted 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 un título universitario.**

- No, no ha estudiado durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 10*
- Escuela o universidad pública
- Escuela o universidad privada o enseñanza en el hogar

**b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía usted? Marque (X) UNA casilla.**

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12* ↘

- Estudios universitarios al nivel de licenciatura (*freshman a senior*)
- Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

**10 ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.****NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO**

- No ha completado ningún grado

**PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12**

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11* ↘

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

**GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA**

- Diploma de escuela secundaria o preparatoria
- GED o examen equivalente

**UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS**

- Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año de créditos universitarios
- 1 año o más de créditos universitarios, sin título
- Título asociado universitario (*por ejemplo: AA, AS*)
- Título de licenciatura universitaria (*por ejemplo: BA, BS*)

**DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA**

- Título de maestría (*por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA*)
- Título profesional más allá de un título de licenciatura universitaria (*por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD*)
- Título de doctorado (*por ejemplo: PhD, EdD*)



- 1 ¿Cuál es su nombre?** *Escriba su nombre en letra de molde. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy. Solo nos comunicaremos con usted si es necesario para asuntos oficiales de la Oficina el Censo.*

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono













Fecha

Mes

Día

Año











- 2 ¿Cuál es su sexo?** *Marque (X) UNA casilla.*

 Masculino     Femenino

- 3 ¿Cuál es su edad y 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













- A NOTA: Conteste AMBAS preguntas, la Pregunta 4 sobre origen hispano y la Pregunta 5 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.**

- 4 ¿Es usted de origen hispano, latino o español?**

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

- 5 ¿Cuál es su raza?**

*Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes.*

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

- Negra o afroamericana – *Escriba, por ejemplo, afroamericano, jamaicano, haitiano, nigeriano, etíope, somalí, etc.* ↴

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

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

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





# Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

**This questionnaire is available in either English or Spanish.  
Este cuestionario está disponible en español o en inglés.**

To complete the Spanish questionnaire, begin on page 2. To complete the English questionnaire, flip this over and complete the blue side.

**Please complete this form as soon as possible.** Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

**If you need help** or have questions about completing this form, call the number that our census representative has given you.

**For more information** about the American Community Survey, visit our website at: [census.gov/acs](https://census.gov/acs)

Para completar el cuestionario en español, comience en la página 2. Para completar el cuestionario en inglés, vélolo y complete el lado azul.

**Por favor, complete este cuestionario tan pronto sea posible.** Colóquelo en el sobre que se provee y GUÁRDELO hasta que un representante del censo lo venga a recoger.

**Si necesita ayuda** o tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, llame al número de teléfono que le ha dado nuestro representante del censo.

**Para obtener más información** sobre la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, vaya a nuestra página en la internet: [census.gov/acs](https://census.gov/acs)

