



United States<sup>®</sup>  
**Census**  
Bureau

# The Puerto Rico Community Survey

**Please complete this form and return it as soon as possible after receiving it in the mail.**

This form asks for information about the people who are living or staying at the address on the mailing label and about the house, apartment, or mobile home located at the address on the mailing label.



**If you need help or have questions about completing this form, please call 1-800-717-7381.**

**Text Telephone (TTY):**  
Call 1-800-786-9448.

**¿NECESITA AYUDA?** Si usted habla español y necesita ayuda para completar su cuestionario, llame sin cargo alguno al **1-800-814-8385**.

For more information about the Puerto Rico Community Survey, visit our website at: <https://www.census.gov/acs>

## Start Here

➔ **Please print today's date.**

Month      Day      Year

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

➔ **Please print the name and telephone number of the person who is filling out this form.** We will only contact you if needed for official Census Bureau business.

Last Name

First Name MI

Area Code + Number  
 -

➔ **How many people are living or staying at this address?**

- **INCLUDE** everyone who is living or staying here for more than 2 months.
- **INCLUDE** yourself if you are living here for more than 2 months.
- **INCLUDE** anyone else staying here who does not have another place to stay, even if they are here for 2 months or less.
- **DO NOT INCLUDE** anyone who is living somewhere else for more than 2 months, such as a college student living away or someone in the Armed Forces on deployment.

**Number of people**

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

➔ **Fill out pages 2 - 7 for everyone, including yourself, who is living or staying at this address for more than 2 months. Then complete the rest of the form.**



# Person 1

(Person 1 is the person living or staying here in whose name this house or apartment is owned, being bought, or rented. If there is no such person, start with the name of any adult living or staying here.)

**1 What is Person 1's name?**

Last Name *(Please print)*

First Name

MI

**2 How is this person related to Person 1?**

Person 1

**3 What is Person 1's sex? Mark (X) ONE box.**

Male

Female

**4 What is Person 1's age and what is Person 1's 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





→ **NOTE: Please answer BOTH Question 5 about Hispanic origin and Question 6 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.**

**5 Is Person 1 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.* ↴

**6 What is Person 1's 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.* ↴



## Person 2

**1 What is Person 2's name?**

Last Name *(Please print)*

First Name

MI

**2 How is this person related to Person 1?**

Mark (X) ONE box.

- Opposite-sex husband/wife/spouse
- Opposite-sex unmarried partner
- Same-sex husband/wife/spouse
- Same-sex unmarried partner
- Biological son or daughter
- Adopted son or daughter
- Stepson or stepdaughter
- Brother or sister
- Father or mother
- Grandchild
- Parent-in-law
- Son-in-law or daughter-in-law
- Other relative
- Roommate or housemate
- Foster child
- Other nonrelative

**3 What is Person 2's sex? Mark (X) ONE box.**

- Male       Female

**4 What is Person 2's age and what is Person 2's 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
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>

→ **NOTE: Please answer BOTH Question 5 about Hispanic origin and Question 6 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.**

**5 Is Person 2 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.* ↴

**6 What is Person 2's 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.* ↴



# Person 3

**1 What is Person 3's name?**

Last Name *(Please print)*

First Name

MI

**2 How is this person related to Person 1?**

Mark (X) ONE box.

- Opposite-sex husband/wife/spouse
- Opposite-sex unmarried partner
- Same-sex husband/wife/spouse
- Same-sex unmarried partner
- Biological son or daughter
- Adopted son or daughter
- Stepson or stepdaughter
- Brother or sister
- Father or mother
- Grandchild
- Parent-in-law
- Son-in-law or daughter-in-law
- Other relative
- Roommate or housemate
- Foster child
- Other nonrelative

**3 What is Person 3's sex? Mark (X) ONE box.**

- Male
- Female

**4 What is Person 3's age and what is Person 3's 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ **NOTE: Please answer BOTH Question 5 about Hispanic origin and Question 6 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.**

**5 Is Person 3 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.* ↴

**6 What is Person 3's 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.* ↴



## Person 4

### 1 What is Person 4's name?

Last Name *(Please print)*

First Name

MI

### 2 How is this person related to Person 1?

Mark (X) ONE box.

- Opposite-sex husband/wife/spouse
- Opposite-sex unmarried partner
- Same-sex husband/wife/spouse
- Same-sex unmarried partner
- Biological son or daughter
- Adopted son or daughter
- Stepson or stepdaughter
- Brother or sister
- Father or mother
- Grandchild
- Parent-in-law
- Son-in-law or daughter-in-law
- Other relative
- Roommate or housemate
- Foster child
- Other nonrelative

### 3 What is Person 4's sex? Mark (X) ONE box.

- Male       Female

### 4 What is Person 4's age and what is Person 4's 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












→ **NOTE: Please answer BOTH Question 5 about Hispanic origin and Question 6 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.**

### 5 Is Person 4 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.* ↴

### 6 What is Person 4's 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.* ↴



# Person 5

**1 What is Person 5's name?**

Last Name *(Please print)*

First Name

MI

**2 How is this person related to Person 1?**

Mark (X) ONE box.

- Opposite-sex husband/wife/spouse
- Opposite-sex unmarried partner
- Same-sex husband/wife/spouse
- Same-sex unmarried partner
- Biological son or daughter
- Adopted son or daughter
- Stepson or stepdaughter
- Brother or sister
- Father or mother
- Grandchild
- Parent-in-law
- Son-in-law or daughter-in-law
- Other relative
- Roommate or housemate
- Foster child
- Other nonrelative

**3 What is Person 5's sex? Mark (X) ONE box.**

- Male
- Female

**4 What is Person 5's age and what is Person 5's 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

→ **NOTE: Please answer BOTH Question 5 about Hispanic origin and Question 6 about race. For this survey, Hispanic origins are not races.**

**5 Is Person 5 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.* ↴

**6 What is Person 5's 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.* ↴



→ If there are more than five people living or staying here, print their names in the spaces for Person 6 through Person 12. We may call you for more information about them. ↗

### Person 6

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 7

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 8

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 9

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 10

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 11

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)




### Person 12

Last Name (Please print)

First Name

MI

Sex  Male  Female

Age (in years)





# Housing

➔ Please answer the following questions about the house, apartment, or mobile home at the address on the mailing label.

**1 Which best describes this building?**  
Include all apartments, flats, etc., even if vacant.

- A mobile home
- A one-family house detached from any other house
- A one-family house attached to one or more houses
- A building with 2 apartments
- A building with 3 or 4 apartments
- A building with 5 to 9 apartments
- A building with 10 to 19 apartments
- A building with 20 to 49 apartments
- A building with 50 or more apartments
- Boat, RV, van, etc.

**2 About when was this building first built?**

- 2020 or later – Specify year →

- 2010 to 2019
- 2000 to 2009
- 1990 to 1999
- 1980 to 1989
- 1970 to 1979
- 1960 to 1969
- 1950 to 1959
- 1940 to 1949
- 1939 or earlier

**3 When did PERSON 1 (listed on page 2) move into this house, apartment, or mobile home?**

Month      Year

**A** Answer questions 4 – 5 if this is a HOUSE OR A MOBILE HOME; otherwise, SKIP to question 6a.

**4 How many cuerdas is this house or mobile home on?**

- Less than 1 cuerda → SKIP to question 6a
- 1 to 9.9 cuerdas
- 10 or more cuerdas

**5 IN THE PAST 12 MONTHS, what were the actual sales of all agricultural products from this property?**

- None
- \$1 to \$999
- \$1,000 to \$2,499
- \$2,500 to \$4,999
- \$5,000 to \$9,999
- \$10,000 or more

**6 a. How many separate rooms are in this house, apartment, or mobile home?** Rooms must be separated by built-in archways or walls that extend out at least 6 inches and go from floor to ceiling.

- INCLUDE bedrooms, kitchens, etc.
- EXCLUDE bathrooms, porches, balconies, foyers, halls, or unfinished basements.

Number of rooms

**b. How many of these rooms are bedrooms?**

Count as bedrooms those rooms you would list if this house, apartment, or mobile home were for sale or rent. If this is an efficiency/studio apartment, print "0".

Number of bedrooms





## Housing (continued)

**7 Does this house, apartment, or mobile home have –**

- |                          | Yes                      | No                       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. running water?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. a water heater?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. a bathtub or shower?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. a sink with a faucet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. a stove or range?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. a refrigerator?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8 Can you or any member of this household both make and receive phone calls when at this house, apartment, or mobile home?**

*Include calls using cell phones, land lines, or other phone devices.*

- Yes  
 No

**9 At this house, apartment, or mobile home – do you or any member of this household own or use any of the following types computers?**

- |                                                    | Yes                      | No                       |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Desktop or laptop                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Smartphone                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tablet or other portable wireless computer      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Some other type of computer<br><i>Specify</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**10 At this house, apartment, or mobile home – do you or any member of this household have access to the Internet?**

- Yes, by paying a cell phone company or Internet service provider
- Yes, without paying a cell phone company or Internet service provider → *SKIP to question 12*
- No access to the Internet at this house, apartment, or mobile home → *SKIP to question 12*

**11 Do you or any member of this household have access to the Internet using a –**

- |                                                                                                                    | Yes                      | No                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. cellular data plan for a smartphone or other mobile device?                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. broadband (high speed) Internet service such as cable, fiber optic, or DSL service installed in this household? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. satellite Internet service installed in this household?                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. dial-up Internet service installed in this household?                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. some other service?<br><i>Specify service</i> ↘                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**12 How many automobiles, vans, and trucks of one-ton capacity or less are kept at home for use by members of this household?**

- None
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 or more

**13 To heat this house, apartment, or mobile home, which fuel do you use MOST?**

*Mark (X) one box for the fuel used most.*

- Gas: Natural gas from underground pipes serving the neighborhood
- Gas: Bottled or tank (propane, butane, etc.)
- Electricity
- Fuel oil, kerosene, etc.
- Coal or coke
- Wood
- Solar energy
- Other fuel
- No fuel used







# Person 1

➔ Please copy the name of Person 1 from page 2, then continue answering questions below.

Last Name

First Name

MI

7 Where was this person born?

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

Outside the United States – *Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.*

8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in Puerto Rico → *SKIP to question 10a*

Yes, born in a U.S. state, District of Columbia, 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

9 When did this person come to live in Puerto Rico?

*If this person came to live in Puerto Rico more than once, print latest year.*

Year

10 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, has this person 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, has not attended in the last 3 months → *SKIP to question 11*

Yes, public school, public college

Yes, private school, private college, home school

b. What grade or level was this person 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)*

11 What is the highest degree or level of school this person has 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)*



## Person 1 (continued)

**F** Answer question 12 if this person has a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 13.

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


**13** What is this person's 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.)

**14** a. Does this person speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 15a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well does this person speak English?

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

**15** a. Did this person live in this house or apartment 1 year ago?

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

b. Where did this person live 1 year ago?

Address  
 Development or condominium name  
 Number and street name


Name of city, town, or post office

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code


**16** Is this person **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 this person or another family member)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by this person 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"/> |



## Person 1 (continued)

**G** Answer question 17a if this person is 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. Does this person or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

**18 a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

**b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**H** Answer questions 19a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 2 on page 19.

**19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

**b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

**c. Does this person have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**I** Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 2 on page 19.

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

- Yes  
 No

**21 What is this person's marital status?**

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

**22 In the PAST 12 MONTHS did this person 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 has this person been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

**24 In what year did this person last get married?**

Year



## Person 1 (continued)

**J** Answer question 25 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, has this person given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Does this person have any of his/her own grandchildren under the age of 18 living in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Is this grandparent currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long has this grandparent been responsible for these grandchildren? *If the grandparent is financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom the grandparent has 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** Has this person 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 this person serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which this person 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. Does this person have a VA service-connected disability rating?

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

b. What is this person's service-connected disability rating?

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



## Person 1 (continued)

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

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

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

- Yes  
 No → SKIP to question 36a

- 31 At what location did this person work LAST WEEK? If this person worked at more than one location, print where he or she worked most last week.**

- a. Address**  
**Development or condominium name**  
**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, or post office**

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

- Yes  
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio in Puerto Rico or U.S. county**

- e. Enter Puerto Rico or name of U.S. state or foreign country**

- f. ZIP Code**

- 32 How did this person 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"/> Carro público                        | <input type="checkbox"/> Worked from home → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                            |

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

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

Person(s)

- 34 LAST WEEK, what time did this person's trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

- 35 How many minutes did it usually take this person to get from home to work LAST WEEK?**

Minutes

- L** Answer questions 36 – 39 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.

- 36 a. LAST WEEK, was this person on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c  
 No

- b. LAST WEEK, was this person 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. Has this person been informed that he or she 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





## Person 1 (continued)

- 37** During the **LAST 4 WEEKS**, has this person been **ACTIVELY looking for work**?

- Yes  
 No → *SKIP to question 39*

- 38** **LAST WEEK**, could this person 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 this person last work, even for a few days?

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

- 40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did this person 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 this person work? Include paid time off and include weeks when the person only worked for a few hours.

Weeks

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

Usual hours worked each WEEK

- M** Answer questions 42a – f if this person 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 this person had last week.

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

- a. Which one of the following best describes this person's 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, county, or municipio)  
 **State government** (including school districts and state 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 this person's 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.)?





## Person 2

- ➔ Please copy the name of Person 2 from page 3, then continue answering questions below.

Last Name

First Name

MI

- 7 Where was this person born?

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

Outside the United States – *Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.*

- 8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in Puerto Rico → *SKIP to question 10a*

Yes, born in a U.S. state, District of Columbia, 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

- 9 When did this person come to live in Puerto Rico?

*If this person came to live in Puerto Rico more than once, print latest year.*

Year

- 10 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, has this person 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, has not attended in the last 3 months → *SKIP to question 11*

Yes, public school, public college

Yes, private school, private college, home school

- b. What grade or level was this person 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)*

- 11 What is the highest degree or level of school this person has 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)*



## Person 2 (continued)

**F** Answer question 12 if this person has a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 13.

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


**13** What is this person's 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.)

**14** a. Does this person speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 15a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well does this person speak English?

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

**15** a. Did this person live in this house or apartment 1 year ago?

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

b. Where did this person live 1 year ago?

Address  
 Development or condominium name  
 Number and street name


Name of city, town, or post office

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code

**16** Is this person **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 this person or another family member)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by this person 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"/> |



## Person 2 (continued)

**G** Answer question 17a if this person is 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. Does this person or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

**18 a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

**b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**H** Answer questions 19a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 3 on page 26.

**19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

**b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

**c. Does this person have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**I** Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 3 on page 26.

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

- Yes  
 No

**21 What is this person's marital status?**

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

**22 In the PAST 12 MONTHS did this person 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 has this person been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

**24 In what year did this person last get married?**

Year

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



## Person 2 (continued)

**J** Answer question 25 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, has this person given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Does this person have any of his/her own grandchildren under the age of 18 living in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Is this grandparent currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long has this grandparent been responsible for these grandchildren? *If the grandparent is financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom the grandparent has 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** Has this person 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 this person serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which this person 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. Does this person have a VA service-connected disability rating?

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

b. What is this person's service-connected disability rating?

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



## Person 2 (continued)

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

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

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

- Yes  
 No → SKIP to question 36a

- 31 At what location did this person work LAST WEEK? If this person worked at more than one location, print where he or she worked most last week.**

- a. Address**  
**Development or condominium name**  
**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, or post office**

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

- Yes  
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio in Puerto Rico or U.S. county**

- e. Enter Puerto Rico or name of U.S. state or foreign country**

- f. ZIP Code**

- 32 How did this person 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"/> Carro público                        | <input type="checkbox"/> Worked from home → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                            |

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

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

Person(s)

- 34 LAST WEEK, what time did this person's trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

- 35 How many minutes did it usually take this person to get from home to work LAST WEEK?**

Minutes

- L** Answer questions 36 – 39 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.

- 36 a. LAST WEEK, was this person on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c  
 No

- b. LAST WEEK, was this person 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. Has this person been informed that he or she 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



## Person 2 (continued)

- 37** During the **LAST 4 WEEKS**, has this person been **ACTIVELY** looking for work?

- Yes  
 No → *SKIP* to question 39

- 38** **LAST WEEK**, could this person 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 this person last work, even for a few days?

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

- 40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did this person 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 this person work? Include paid time off and include weeks when the person only worked for a few hours.

Weeks

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

Usual hours worked each **WEEK**

- M** Answer questions 42a – f if this person 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 this person had last week.

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

- a. Which one of the following best describes this person's 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, county, or municipio)  
 **State government** (including school districts and state 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 this person's 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.)?







## Person 3

- ➔ Please copy the name of Person 3 from page 4, then continue answering questions below.

Last Name

First Name

MI

- 7 Where was this person born?

In the United States – Print name of state.

Outside the United States – Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.

- 8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in Puerto Rico → SKIP to question 10a

Yes, born in a U.S. state, District of Columbia, 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

- 9 When did this person come to live in Puerto Rico?

If this person came to live in Puerto Rico more than once, print latest year.

Year

- 10 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, has this person 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, has not attended in the last 3 months → SKIP to question 11

Yes, public school, public college

Yes, private school, private college, home school

- b. What grade or level was this person 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)

- 11 What is the highest degree or level of school this person has 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)



## Person 3 (continued)

**F** Answer question 12 if this person has a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 13.

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


**13** What is this person's 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.)

**14** a. Does this person speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 15a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well does this person speak English?

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

**15** a. Did this person live in this house or apartment 1 year ago?

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

b. Where did this person live 1 year ago?

Address  
 Development or condominium name  
 Number and street name


Name of city, town, or post office

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code

**16** Is this person **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 this person or another family member)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by this person 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"/> |



## Person 3 (continued)

**G** Answer question 17a if this person is 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. Does this person or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

**18 a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

**b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**H** Answer questions 19a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 4 on page 33.

**19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

**b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

**c. Does this person have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**I** Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 4 on page 33.

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

- Yes  
 No

**21 What is this person's marital status?**

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

**22 In the PAST 12 MONTHS did this person 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 has this person been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

**24 In what year did this person last get married?**

Year



## Person 3 (continued)

**J** Answer question 25 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, has this person given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Does this person have any of his/her own grandchildren under the age of 18 living in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Is this grandparent currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long has this grandparent been responsible for these grandchildren? *If the grandparent is financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom the grandparent has 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** Has this person 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 this person serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which this person 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. Does this person have a VA service-connected disability rating?

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

b. What is this person's service-connected disability rating?

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



## Person 3 (continued)

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

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

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

- Yes  
 No → SKIP to question 36a

- 31 At what location did this person work LAST WEEK? If this person worked at more than one location, print where he or she worked most last week.**

- a. Address**  
**Development or condominium name**  
**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, or post office**

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

- Yes  
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio in Puerto Rico or U.S. county**

- e. Enter Puerto Rico or name of U.S. state or foreign country**

- f. ZIP Code**

- 32 How did this person 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"/> Carro público                        | <input type="checkbox"/> Worked from home → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                            |

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

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

Person(s)

- 34 LAST WEEK, what time did this person's trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

- 35 How many minutes did it usually take this person to get from home to work LAST WEEK?**

Minutes

- L** Answer questions 36 – 39 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.

- 36 a. LAST WEEK, was this person on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c  
 No

- b. LAST WEEK, was this person 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. Has this person been informed that he or she 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



## Person 3 (continued)

- 37** During the **LAST 4 WEEKS**, has this person been **ACTIVELY** looking for work?

- Yes  
 No → *SKIP* to question 39

- 38** **LAST WEEK**, could this person 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 this person last work, even for a few days?

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

- 40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did this person 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 this person work? Include paid time off and include weeks when the person only worked for a few hours.

Weeks

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

Usual hours worked each **WEEK**

- M** Answer questions 42a – f if this person 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 this person had last week.

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

- a. Which one of the following best describes this person's 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, county, or municipio)  
 **State government** (including school districts and state 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 this person's 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.)?







# Person 4

- ➔ Please copy the name of Person 4 from page 5, then continue answering questions below.

Last Name

First Name

MI

- 7 Where was this person born?

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

Outside the United States – *Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.*

- 8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in Puerto Rico → *SKIP to question 10a*

Yes, born in a U.S. state, District of Columbia, 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

- 9 When did this person come to live in Puerto Rico?

*If this person came to live in Puerto Rico more than once, print latest year.*

Year

- 10 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, has this person 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, has not attended in the last 3 months → *SKIP to question 11*

Yes, public school, public college

Yes, private school, private college, home school

- b. What grade or level was this person 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)*

- 11 What is the highest degree or level of school this person has 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)*



## Person 4 (continued)

**F** Answer question 12 if this person has a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 13.

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


**13** What is this person's 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.)

**14** a. Does this person speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 15a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well does this person speak English?

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

**15** a. Did this person live in this house or apartment 1 year ago?

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

b. Where did this person live 1 year ago?

Address  
 Development or condominium name  
 Number and street name


Name of city, town, or post office

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code

**16** Is this person **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 this person or another family member)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by this person 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"/> |



## Person 4 (continued)

**G** Answer question 17a if this person is 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. Does this person or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

**18 a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

**b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**H** Answer questions 19a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 5 on page 40.

**19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

**b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

**c. Does this person have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**I** Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 5 on page 40.

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

- Yes  
 No

**21 What is this person's marital status?**

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

**22 In the PAST 12 MONTHS did this person 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 has this person been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

**24 In what year did this person last get married?**

Year



## Person 4 (continued)

**J** Answer question 25 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, has this person given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Does this person have any of his/her own grandchildren under the age of 18 living in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Is this grandparent currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long has this grandparent been responsible for these grandchildren? *If the grandparent is financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom the grandparent has 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** Has this person 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 this person serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which this person 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. Does this person have a VA service-connected disability rating?

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

b. What is this person's service-connected disability rating?

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



## Person 4 (continued)

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

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

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

- Yes  
 No → SKIP to question 36a

- 31 At what location did this person work LAST WEEK?** *If this person worked at more than one location, print where he or she worked most last week.*

- a. Address**  
**Development or condominium name**  
**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, or post office**

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

- Yes  
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio in Puerto Rico or U.S. county**

- e. Enter Puerto Rico or name of U.S. state or foreign country**

- f. ZIP Code**

- 32 How did this person 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"/> Carro público                        | <input type="checkbox"/> Worked from home → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                            |

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

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

Person(s)

- 34 LAST WEEK, what time did this person's trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

- 35 How many minutes did it usually take this person to get from home to work LAST WEEK?**

Minutes

- L** Answer questions 36 – 39 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.

- 36 a. LAST WEEK, was this person on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c  
 No

- b. LAST WEEK, was this person 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. Has this person been informed that he or she 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



## Person 4 (continued)

- 37** During the **LAST 4 WEEKS**, has this person been **ACTIVELY** looking for work?

- Yes  
 No → *SKIP* to question 39

- 38** **LAST WEEK**, could this person 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 this person last work, even for a few days?

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

- 40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did this person 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 this person work? Include paid time off and include weeks when the person only worked for a few hours.

Weeks

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

Usual hours worked each **WEEK**

- M** Answer questions 42a – f if this person 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 this person had last week.

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

- a. Which one of the following best describes this person's 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, county, or municipio)  
 **State government** (including school districts and state 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 this person's 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.)?



## Person 4 (continued)

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

**f. Describe this person's 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 this person 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 net income was a loss, mark the "Loss" box to the right of the dollar amount.

For income received jointly, report the appropriate share for each person – or, if that's not possible, report the whole amount for only one person and mark the "No" box for the other person.

**a. Wages, salary, commissions, bonuses, or tips from all jobs.** Report amount before deductions for taxes, bonds, dues, or other items.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**b. Self-employment income from own nonfarm businesses or farm businesses, including proprietorships and partnerships.** Report NET income after business expenses.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"><input style="width: 20px;" type="text"/>, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

**c. Interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts.** Report even small amounts credited to an account.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"><input style="width: 20px;" type="text"/>, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

**d. Social Security or Railroad Retirement.**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**e. Supplemental Security Income (SSI).**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**f. Any public assistance or welfare payments from the state or local welfare office.**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**g. Retirement income, pensions, survivor or disability income.** 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.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**h. Any other sources of income received regularly such as Veterans' (VA) payments, unemployment compensation, child support or alimony.** Do NOT include lump sum payments such as money from an inheritance or the sale of a home.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**44 What was this person's total income during the PAST 12 MONTHS?** Add entries in questions 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.

<input type="checkbox"/> OR	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text">, <input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/><input style="width: 20px;" type="text"/>.00</input>	<input type="checkbox"/>
None	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

➔ Continue with the questions for Person 5 on the next page. If no one is listed as Person 5 on page 6, SKIP to page 48 for mailing instructions.



## Person 5

- ➔ Please copy the name of Person 5 from page 6, then continue answering questions below.

Last Name

First Name

MI

- 7 Where was this person born?

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

Outside the United States – *Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.*

- 8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in Puerto Rico → *SKIP to question 10a*

Yes, born in a U.S. state, District of Columbia, 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

- 9 When did this person come to live in Puerto Rico?

*If this person came to live in Puerto Rico more than once, print latest year.*

Year

- 10 a. At any time IN THE LAST 3 MONTHS, has this person 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, has not attended in the last 3 months → *SKIP to question 11*

Yes, public school, public college

Yes, private school, private college, home school

- b. What grade or level was this person 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)*

- 11 What is the highest degree or level of school this person has 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)*





## Person 5 (continued)

**F** Answer question 12 if this person has a bachelor's degree or higher. Otherwise, SKIP to question 13.

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


**13** What is this person's 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.)

**14** a. Does this person speak a language other than English at home?

- Yes  
 No → SKIP to question 15a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well does this person speak English?

- Very well  
 Well  
 Not well  
 Not at all

**15** a. Did this person live in this house or apartment 1 year ago?

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

b. Where did this person live 1 year ago?

Address  
 Development or condominium name  
 Number and street name


Name of city, town, or post office

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code

**16** Is this person **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 this person or another family member)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by this person 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"/> |



## Person 5 (continued)

**G** Answer question 17a if this person is 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. Does this person or another family member receive a tax credit or subsidy based on family income to help pay the premium?**

- Yes  
 No

**18 a. Is this person deaf or does he/she have serious difficulty hearing?**

- Yes  
 No

**b. Is this person blind or does he/she have serious difficulty seeing even when wearing glasses?**

- Yes  
 No

**H** Answer questions 19a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the mailing instructions on page 48.

**19 a. Because of a physical, mental, or emotional condition, does this person have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions?**

- Yes  
 No

**b. Does this person have serious difficulty walking or climbing stairs?**

- Yes  
 No

**c. Does this person have difficulty dressing or bathing?**

- Yes  
 No

**I** Answer question 20 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the mailing instructions on page 48.

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

- Yes  
 No

**21 What is this person's marital status?**

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

**22 In the PAST 12 MONTHS did this person 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 has this person been married?**

- Once  
 Two times  
 Three or more times

**24 In what year did this person last get married?**

Year



## Person 5 (continued)

**J** Answer question 25 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 26a.

**25** In the PAST 12 MONTHS, has this person given birth to any children?

- Yes  
 No

**26** a. Does this person have any of his/her own grandchildren under the age of 18 living in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

b. Is this grandparent currently responsible for most of the basic needs of any grandchildren under the age of 18 who live in this house or apartment?

- Yes  
 No → SKIP to question 27

c. How long has this grandparent been responsible for these grandchildren? *If the grandparent is financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom the grandparent has 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** Has this person 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 this person serve on active duty in the U.S. Armed Forces? Mark (X) a box for EACH period in which this person 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. Does this person have a VA service-connected disability rating?

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

b. What is this person's service-connected disability rating?

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



## Person 5 (continued)

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

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

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

- Yes  
 No → SKIP to question 36a

- 31 At what location did this person work LAST WEEK?** *If this person worked at more than one location, print where he or she worked most last week.*

- a. Address**  
**Development or condominium name**  
**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, or post office**

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

- Yes  
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio in Puerto Rico or U.S. county**

- e. Enter Puerto Rico or name of U.S. state or foreign country**

- f. ZIP Code**

- 32 How did this person 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"/> Carro público                        | <input type="checkbox"/> Worked from home → SKIP to question 40a |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat                            | <input type="checkbox"/> Other method                            |

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

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

Person(s)

- 34 LAST WEEK, what time did this person's trip to work usually begin?**

Hour Minute  a.m.  
 p.m.

 : 

- 35 How many minutes did it usually take this person to get from home to work LAST WEEK?**

Minutes

- L** *Answer questions 36 – 39 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 40a.*

- 36 a. LAST WEEK, was this person on layoff from a job?**

- Yes → SKIP to question 36c  
 No

- b. LAST WEEK, was this person 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. Has this person been informed that he or she 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



## Person 5 (continued)

- 37** During the **LAST 4 WEEKS**, has this person been **ACTIVELY looking for work**?

- Yes  
 No → *SKIP to question 39*

- 38** **LAST WEEK**, could this person 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 this person last work, even for a few days?

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

- 40** a. During the **PAST 12 MONTHS (52 weeks)**, did this person 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 this person work? Include paid time off and include weeks when the person only worked for a few hours.

Weeks

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

Usual hours worked each WEEK

- M** Answer questions 42a – f if this person 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 this person had last week.

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

- a. Which one of the following best describes this person's 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, county, or municipio)  
 **State government** (including school districts and state 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 this person's 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.)?



**Person 5 (continued)**

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

**f. Describe this person’s 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 this person 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 net income was a loss, mark the "Loss" box to the right of the dollar amount.

For income received jointly, report the appropriate share for each person – or, if that’s not possible, report the whole amount for only one person and mark the "No" box for the other person.

**a. Wages, salary, commissions, bonuses, or tips from all jobs.** Report amount before deductions for taxes, bonds, dues, or other items.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**b. Self-employment income from own nonfarm businesses or farm businesses, including proprietorships and partnerships.** Report **NET** income after business expenses.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

**c. Interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts.**  
Report even small amounts credited to an account.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

**d. Social Security or Railroad Retirement.**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**e. Supplemental Security Income (SSI).**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**f. Any public assistance or welfare payments from the state or local welfare office.**

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**g. Retirement income, pensions, survivor or disability income.** 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.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**h. Any other sources of income received regularly such as Veterans’ (VA) payments, unemployment compensation, child support or alimony.** Do **NOT** include lump sum payments such as money from an inheritance or the sale of a home.

<input type="checkbox"/> Yes →	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00
<input type="checkbox"/> No	TOTAL AMOUNT for past 12 months

**44 What was this person’s total income during the PAST 12 MONTHS?** Add entries in questions 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.

<input type="checkbox"/> OR	\$ <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> .00	<input type="checkbox"/>
None	TOTAL AMOUNT for past 12 months	Loss

➔ **Now continue with the mailing instructions on page 48.**



**Page 47 is intentionally  
left blank**



# Mailing Instructions

## → Please make sure you have...

- listed all names and answered the questions on pages 2 – 7
- answered all Housing questions
- answered all Person questions for each person

## → Then...

- put the completed questionnaire into the postage-paid return envelope. If the envelope has been misplaced, please mail the questionnaire to:

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

- make sure the barcode above your address shows in the window of the return envelope

**Thank you for participating in  
the Puerto Rico Community Survey.**

## For Census Bureau Use

POP

EDIT

PHONE

JIC1

JIC2

EDIT CLERK

TELEPHONE CLERK

JIC3

JIC4

The Census Bureau estimates that, for the average household, this form will take 40 minutes to complete, including the time for reviewing the instructions and answers. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: Paperwork Project, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, ADDC – 4H277, Washington, D.C. 20233. You may e-mail comments to [aco.pra@census.gov](mailto:aco.pra@census.gov); use "Paperwork Project" as the subject. Please DO NOT RETURN your questionnaire to this address. Use the enclosed preaddressed envelope to return your completed questionnaire.

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.







Oficina del  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

# La Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

**Por favor, complete este cuestionario y devuélvalo tan pronto como sea posible después de recibirlo por correo.**

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



**Si necesita ayuda o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este cuestionario, por favor, llame al 1-800-814-8385.**

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

**NEED HELP? If you speak English and need help completing this form, call toll-free 1-800-717-7381.** You can also request a questionnaire in English, or complete your interview over the phone with an English-speaking interviewer.

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

## Comience Aquí

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

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

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

Apellido

Nombre  Inicial

Código de área y número de teléfono  -

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

- **INCLUYA** a todas las personas que viven o se quedan aquí por más de 2 meses.
- **INCLUYASE** 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.**



# Persona 1

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

## 1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 1?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

Persona 1

## 3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 1?

Marque (X) UNA casilla.

Masculino  Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años)      Mes      Día      Año de nacimiento





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

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

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

## 6 ¿Cuál es la raza de la Persona 1?

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

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

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

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

- |                                                                                                           |                                                                                                                                        |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <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.* ↴



## Persona 2

### 1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 2?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

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

### 3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 2?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino  Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento





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

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

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

### 6 ¿Cuál es la raza de la Persona 2?

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

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

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

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

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

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



## Persona 3

### 1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 3?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

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

### 3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 3?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino  Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento





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

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

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

### 6 ¿Cuál es la raza de la Persona 3? Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes.

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

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

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

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

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



## Persona 4

### 1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 4?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

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

### 3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 4?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino  Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años)      Mes      Día      Año de nacimiento





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

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

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

### 6 ¿Cuál es la raza de la Persona 4? Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes.

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

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

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

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

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



## Persona 5

### 1 ¿Cuál es el nombre de la Persona 5?

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

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

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

### 3 ¿Cuál es el sexo de la Persona 5?

Marque (X) UNA casilla.

- Masculino  Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento





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

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

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

### 6 ¿Cuál es la raza de la Persona 5? Marque (X) una o más casillas Y escriba los orígenes.

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

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

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

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

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



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

### Persona 6

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 7

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 8

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 9

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 10

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 11

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)

### Persona 12

Apellido (Por favor, escriba en letra de molde)

Nombre

Inicial

Sexo  Masculino  Femenino

Edad (en años)



# Vivienda

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

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

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

**2 Aproximadamente, ¿cuándo se construyó originalmente este edificio?**

- 2020 ó después –  
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

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

Mes  Año

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

**4 ¿En cuántas cuerdas está situada esta casa o casa móvil?**

- Menos de una cuerda → PASE a la pregunta 6a
- 1 a 9.9 cuerdas
- 10 cuerdas o más

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

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

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

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

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

Número de habitaciones

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

Número de dormitorios





## Vivienda (continuación)

### 7 ¿Tiene esta casa, apartamento o casa móvil –

- |                                  | Sí                       | No                       |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. agua por tubería?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. un calentador de agua?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. una bañera o ducha?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. fregadero con pluma del agua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. una estufa?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. una nevera?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

- Sí  
 No

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

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

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

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

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

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

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

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

### 13 Para calentar esta casa, apartamento o casa móvil, ¿qué tipo de combustible se utiliza PRINCIPALMENTE?

*Marque (X) la casilla del combustible que más se utiliza.*

- Gas: Gas natural de tuberías subterráneas que abastecen al vecindario
- Gas: Embotellado o en tanque (propano, butano, etc.)
- Electricidad
- Aceite combustible, queroseno, etc.
- Carbón o coque
- Leña
- Energía solar
- Otro combustible
- No se utiliza combustible



## Vivienda (continuación)

- 14 a. **EL MES PASADO, ¿cuánto fue el costo de electricidad para esta casa, apartamento o casa móvil?**

Costo el mes pasado – Dólares

\$       .00

O

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- 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?**

Costo el mes pasado – Dólares

\$       .00

O

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- Incluido en el pago de electricidad anotado arriba
- No hay cargo o no se utiliza gas

- c. **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el 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.

Costo en los últimos 12 meses – Dólares

\$       .00

O

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- No hay cargo

- d. **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el 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.

Costo en los últimos 12 meses – Dólares

\$       .00

O

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- No hay cargo o no se utilizan estos combustibles

- 15 **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted o algún otro miembro de este hogar beneficios del gobierno por medio del Programa de Asistencia Nutricional? NO incluya WIC, ni el Programa de Almuerzos Escolares, ni ayuda de bancos de alimentos.**

- Sí
- No

- 16 **¿Es esta casa, apartamento o casa móvil parte de una asociación de propietarios o de un condominio?**

- Sí → **Cuánto es la cuota mensual de la asociación de propietarios y/o del condominio que se debe pagar?** Para inquilinos: conteste solo si paga la cuota además del alquiler; de lo contrario, marque la casilla "Ninguna".

Cantidad mensual – Dólares

\$       .00

O

- Ninguna
- No

- 17 **¿Es esta casa, apartamento o casa móvil – Marque (X) UNA casilla.**

- Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? *Incluya préstamos sobre el valor líquido de la casa.*
- Propiedad suya o de alguien en este hogar libre y sin deuda (sin una hipoteca o préstamo)?
- Alquilada?
- Ocupada sin pago de alquiler? → PASE a la sección **C** en la próxima página.

**B** Conteste las preguntas 18a y b si esta casa, apartamento o casa móvil está ALQUILADA. De lo contrario, PASE a la pregunta 19.

- 18 a. **¿Cuánto es el alquiler mensual para esta casa, apartamento o casa móvil?**

Cantidad mensual – Dólares

\$       .00

- b. **¿Incluye el alquiler mensual algunas comidas?**

- Sí
- No





# Persona 1

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

Apellido

Nombre

Inicial

## 7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

## 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

## 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a Puerto Rico?

*Si esta persona vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.*

Año

- ## 10 a. En algún momento EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya solo guardería o pre-kinder, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de preparatoria/escuela secundaria (high school) o un título universitario.*

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

- ## b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UNA casilla.*

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

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

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

### NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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

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

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

### GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
- 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 bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

### DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

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



## Persona 1 (continuación)

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

**Dirección**  
**Nombre de urbanización o condominio**  
**Número y nombre de la calle**


**Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

**Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos**

**Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos**

**Código Postal**

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

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



## Persona 1 (continuación)

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

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

**22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año



## Persona 1 (continuación)

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

**27** ¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

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

**28** ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio activo, 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 esta persona una clasificación de discapacidad 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 discapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

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



## Persona 1 (continuación)

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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 36a

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

**a. Dirección**

Nombre de urbanización o condominio  
 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 municipio o condado de los Estados Unidos**

- e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

- f. Código Postal**

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

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

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

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

Persona(s)

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

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.

 : 

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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 36c  
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 38  
 No





## Persona 1 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

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

### **42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

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

#### EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

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

#### EMPLEADO DEL GOBIERNO

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

#### EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

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

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

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



## Persona 1 (continuación)

**e. ¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?**  
(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)

**f. Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona.** (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 el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que 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.

**a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.**

Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$  ,  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.**

Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.** Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**d. Seguro Social o retiro para personal de los ferrocarriles.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**g. Ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente.**

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**44 ¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante 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  Pérdida

\$  ,  .00

CANTIDAD TOTAL en los 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.**



## Persona 2

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

Apellido

Nombre

Inicial

### 7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

### 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

### 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a Puerto Rico?

*Si esta persona vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.*

Año

- ### 10 a. En algún momento EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya solo guardería o pre-kinder, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de preparatoria/escuela secundaria (high school) o un título universitario.*

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

- ### b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UNA casilla.*

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

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

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

#### NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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

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

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

#### GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
- 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 bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

#### DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

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



## Persona 2 (continuación)

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

**Dirección**  
**Nombre de urbanización o condominio**  
**Número y nombre de la calle**


**Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

**Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos**

**Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos**

**Código Postal**

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

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



## Persona 2 (continuación)

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

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

**22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año

--	--	--	--



## Persona 2 (continuación)

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

**27** ¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

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

**28** ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio activo, 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 esta persona una clasificación de discapacidad 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 discapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

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



## Persona 2 (continuación)

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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 36a

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

**a. Dirección**

Nombre de urbanización o condominio  
 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 municipio o condado de los Estados Unidos**

- e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

- f. Código Postal**

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

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

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

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

Persona(s)

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

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.

 : 

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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 36c  
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 38  
 No



## Persona 2 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

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

### **42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

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

#### EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

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

#### EMPLEADO DEL GOBIERNO

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

#### EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

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

d. ¿Era este(a) principalmente de:

Marque (X) UNA casilla.

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





## Persona 2 (continuación)

e. **¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?**  
(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)

f. **Describe las actividades o deberes más importantes de esta persona.** (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 el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que 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.

a. **Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.**

Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$  ,  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

b. **Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.**

Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

c. **Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.** Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

d. **Seguro Social o retiro para personal de los ferrocarriles.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

e. **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

f. **Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

g. **Ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente.**

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

44 **¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante 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  Pérdida

\$  ,  .00

CANTIDAD TOTAL en los 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.**



## Persona 3

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

Apellido

Nombre

Inicial

### 7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

### 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

### 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a Puerto Rico?

*Si esta persona vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.*

Año

- ### 10 a. En algún momento EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya solo guardería o pre-kinder, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de preparatoria/escuela secundaria (high school) o un título universitario.*

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

- ### b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UNA casilla.*

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

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

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

#### NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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

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

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

#### GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
- 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 bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

#### DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

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



## Persona 3 (continuación)

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

**Dirección**  
**Nombre de urbanización o condominio**  
**Número y nombre de la calle**


**Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

**Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos**

**Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos**

**Código Postal**

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

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



## Persona 3 (continuación)

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

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

**22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año

--	--	--	--



## Persona 3 (continuación)

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

**27** ¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

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

**28** ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio activo, 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 esta persona una clasificación de discapacidad 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 discapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

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



## Persona 3 (continuación)

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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 36a

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

**a. Dirección**

Nombre de urbanización o condominio  
 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 municipio o condado de los Estados Unidos**

- e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

- f. Código Postal**

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

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

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

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

Persona(s)

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

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.

 : 

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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 36c  
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 38  
 No



## Persona 3 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

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

### **42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

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

#### EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

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

#### EMPLEADO DEL GOBIERNO

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

#### EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

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

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

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



## Persona 3 (continuación)

e. **¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?**  
(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)

f. **Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona.** (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 el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que 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.

a. **Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.**

Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$  ,  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

b. **Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.**

Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

c. **Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.** Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

d. **Seguro Social o retiro para personal de los ferrocarriles.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

e. **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

f. **Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

g. **Ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente.**

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

44 **¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante 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  Pérdida

\$  ,  .00

CANTIDAD TOTAL en los 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.**





## Persona 4

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

Apellido

Nombre

Inicial

### 7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

### 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

### 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a Puerto Rico?

*Si esta persona vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.*

Año

- ### 10 a. En algún momento EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya solo guardería o pre-kinder, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de preparatoria/escuela secundaria (high school) o un título universitario.*

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

- ### b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UNA casilla.*

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12* ↘
- Estudios universitarios al nivel de bachillerato (*freshman a senior*)
- Escuela graduada o profesional más allá de un bachillerato universitario (*por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes*)

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

#### NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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

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

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

#### GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
- 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 bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

#### DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

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



## Persona 4 (continuación)

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

**Dirección**  
**Nombre de urbanización o condominio**  
**Número y nombre de la calle**


**Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

**Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos**

**Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos**

**Código Postal**

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

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



## Persona 4 (continuación)

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

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

**22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año



## Persona 4 (continuación)

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

**27** ¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

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

**28** ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio activo, 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 esta persona una clasificación de discapacidad 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 discapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

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



## Persona 4 (continuación)

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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 36a

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

**a. Dirección**

Nombre de urbanización o condominio  
 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 municipio o condado de los Estados Unidos**

- e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

- f. Código Postal**

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

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

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

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

Persona(s)

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

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.



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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 36c  
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 38  
 No



## Persona 4 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

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

### **42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

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

#### EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

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

#### EMPLEADO DEL GOBIERNO

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

#### EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

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

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

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



## Persona 4 (continuación)

**e. ¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?**  
(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)

**f. Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona.** (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 el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que 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.

**a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.**

Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$  ,  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.**

Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.** Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**d. Seguro Social o retiro para personal de los ferrocarriles.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**g. Ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente.**

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**44 ¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante 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  Pérdida

\$  ,  .00

CANTIDAD TOTAL en los 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

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

Apellido

Nombre

Inicial

### 7 ¿Dónde nació esta persona?

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

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

### 8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

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

- No, no es ciudadana de los Estados Unidos

### 9 ¿Cuándo vino esta persona a vivir a Puerto Rico?

*Si esta persona vino a vivir a Puerto Rico más de una vez, escriba el último año.*

Año

- ### 10 a. En algún momento EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya solo guardería o pre-kinder, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de preparatoria/escuela secundaria (high school) o un título universitario.*

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

- ### b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UNA casilla.*

- Pre-escolar o pre-kinder
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12* ↘
- Estudios universitarios al nivel de bachillerato (*freshman a senior*)
- Escuela graduada o profesional más allá de un bachillerato universitario (*por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes*)

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

#### NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

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

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

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

#### GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR

- Diploma de escuela superior
- 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 bachillerato universitario (*por ejemplo: BA, BS*)

#### DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO

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





## Persona 5 (continuación)

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 15a

b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

c. ¿Cuán bien habla esta persona el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

**Dirección**  
**Nombre de urbanización o condominio**  
**Número y nombre de la calle**


**Nombre de la ciudad, pueblo u oficina de correos**

**Nombre del municipio o condado de los Estados Unidos**

**Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos**

**Código Postal**

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

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



## Persona 5 (continuación)

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 18a

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

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

**22 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿esta persona –**

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año



## Persona 5 (continuación)

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 27

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

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

**27** ¿Ha estado esta persona alguna vez en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva Militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? Marque (X) UNA casilla.

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

**28** ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual esta persona estuvo en servicio activo, 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 esta persona una clasificación de discapacidad 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 discapacidad relacionada con el servicio militar tiene esta persona?

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



## Persona 5 (continuación)

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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 36a

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

**a. Dirección**

Nombre de urbanización o condominio  
 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 municipio o condado de los Estados Unidos**

- e. Anote Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos o país extranjero**

- f. Código Postal**

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

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

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

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

Persona(s)

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

Hora      Minutos       a.m.  
 p.m.



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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 36c  
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona ausente TEMPORERAMENTE de su empleo o negocio?**

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 38  
 No



## Persona 5 (continuación)

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 39

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 41
- No

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

Semanas

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

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

### **42** DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO

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

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

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

#### EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO

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

#### EMPLEADO DEL GOBIERNO

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

#### EMPLEADO POR CUENTA PROPIA U OTRO

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

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

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

d. ¿Era este(a) principalmente de:

Marque (X) UNA casilla.

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



## Persona 5 (continuación)

**e. ¿Cuál era la ocupación principal de esta persona?**  
(Por ejemplo: maestro[a] de 4to grado, plomero[a] principiante)

**f. Describa las actividades o deberes más importantes de esta persona.** (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 el cuadrado "Pérdida" a la derecha de la cantidad en dólares.

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que 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.

**a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonificaciones o propinas de todos los empleos.**

Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$  ,  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad.**

Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos.** Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$  ,  ,  .00  Pérdida

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**d. Seguro Social o retiro para personal de los ferrocarriles.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**e. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público (welfare) de la oficina de bienestar estatal o local.**

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**g. Ingreso por retiro, pensiones, ingreso por discapacidad o de sobreviviente.**

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

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

Sí → \$  ,  .00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

**44 ¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante 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  Pérdida

\$  ,  .00

CANTIDAD TOTAL en los 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 de Puerto Rico.**

### Para Uso del Negociado del Censo

POP

EDIT

PHONE

JIC1

JIC2

EDIT CLERK

TELEPHONE CLERK

JIC3

JIC4

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

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





# Frequently Asked Questions

## Frequently Asked Questions



**PUERTO RICO  
COMMUNITY  
SURVEY**



United States®  
**Census**  
Bureau

Issued 01-04-2021  
ACS-10SMR(2021)

Connect with us @uscensusbureau

### **What is the Puerto Rico Community Survey?**

The Puerto Rico Community Survey collects information about population and housing characteristics for the nation, states, cities, counties, metropolitan areas, and communities on a continuous basis. Based on the Puerto Rico Community Survey, the Census Bureau can provide up-to-date data about our rapidly changing country more often than once every 10 years when the census is conducted.

### **How do I benefit by answering the Puerto Rico Community Survey?**

Communities need data about the well-being of children, families, and the older population to provide services to them. By responding to the Puerto Rico Community Survey questionnaire, you are helping your community to establish goals, identify problems and solutions, and measure the performance of programs.

The data are also used to decide where to locate new highways, schools, hospitals, and community centers; to show a large corporation that a town has the workforce the company needs; and in many other ways.

### **Do I have to answer the questions on the Puerto Rico Community Survey?**

Yes. Your response to this survey is required by law (Title 13, U.S. Code, Sections 141, 193, and 221). Title 13, as changed by Title 18, imposes a penalty for not responding. We estimate this survey will take about 40 minutes to complete.

### **How will the Census Bureau use the information that I provide?**

By law, the U.S. Census Bureau can only use your responses to produce statistics. Your information will be used in combination with information from other households to produce data for your community. Similar data will be produced for communities across Puerto Rico and the United States.

We may combine your answers with information that you gave to other agencies to enhance the statistical uses of these data. This information will be given the same protections as your survey information. Based on the information that you provide, you may be asked to participate in other Census Bureau surveys that are voluntary.

### **Will the Census Bureau keep my information confidential?**

Yes. The Census Bureau is required by law to protect your information. The Census Bureau is not permitted to publicly release your responses in a way that could identify you. Per the Federal Cybersecurity Enhancement Act of 2015, your data are protected from cybersecurity risks through screening of the systems that transmit your data.

### **Where can I find more information about the Puerto Rico Community Survey or get assistance?**

You may visit our website at [census.gov/acs](https://census.gov/acs) or call 1-800-717-7381, if you need assistance or more information.

## Preguntas Frecuentes



## ENCUESTA SOBRE LA COMUNIDAD DE PUERTO RICO



Oficina del  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Publicado 01-04-2021  
ACS-10SMPR(2021)  
Conecta con nosotros @uscensusbureau

# Preguntas Frecuentes

### **¿Qué es la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico?**

La Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico recopila información en forma continua sobre las características de la población y vivienda para la isla, los municipios, áreas metropolitanas y comunidades. Basándose en la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, la Oficina del Censo puede proveer datos actualizados sobre los cambios constantes en nuestro país con más frecuencia, no sólo una vez cada diez años cuando se lleva a cabo el censo.

### **¿Cómo me beneficia responder a la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico?**

Las comunidades necesitan datos sobre el bienestar de los niños, las familias y los envejecientes para poder proveerles servicios. Al responder al cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, usted está ayudando a su comunidad a establecer metas, identificar problemas y sus soluciones, y medir la eficacia de los programas.

Los datos también se usan para decidir dónde construir nuevas carreteras, escuelas, hospitales y centros comunitarios; para demostrarle a una corporación grande que un pueblo tiene la mano de obra que la compañía necesita; y en muchas otras maneras.

### **¿Estoy obligado(a) a contestar las preguntas de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico?**

Sí. La ley requiere que usted conteste esta encuesta (secciones 141, 193 y 221 del título 13 del Código de los Estados Unidos). El Título 13, según enmendado por el Título 18, impone sanciones por no responder. Estimamos que esta encuesta le tomará aproximadamente 40 minutos para completar.

### **¿Cómo utilizará la Oficina del Censo la información que les doy?**

La Oficina del Censo solamente puede usar la información que usted nos da para propósitos estadísticos, y no puede publicar o divulgar información que pudiera identificarlo a usted o a su hogar. Su información será usada en combinación con la de otros hogares para producir datos sobre su comunidad. Se producirán datos similares para otras comunidades en Puerto Rico y los Estados Unidos.

Es posible que combinemos sus respuestas con información que usted ha dado a otras agencias para así aumentar el valor estadístico de los datos. Esta información recibirá la misma protección que se le extiende a la información que usted proveyó a esta encuesta. Basado en la información que usted provee, podría ser invitado(a) a participar voluntariamente en otras encuestas de la Oficina del Censo.

### **¿Mantendrá la Oficina del Censo la confidencialidad de mi información personal?**

Sí. La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que este hogar pudiera ser identificado. En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que transmiten su información.

### **¿Dónde puedo obtener más información acerca de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, o dónde puedo pedir ayuda?**

Puede acudir a nuestro sitio en la Internet [census.gov/acs](https://www.census.gov/acs) o llame al 1-800-814-8385 si necesita asistencia o más información.



**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233  
Office of the Director

A message from the Director, U.S. Census Bureau . . .

In a few days your household will receive a questionnaire in the mail for a very important survey—the Puerto Rico Community Survey. When the questionnaire arrives, please fill it out and mail it back promptly. The U.S. Census Bureau is conducting this survey and chose your address, not you personally, as part of a randomly selected sample.

The Puerto Rico Community Survey paints a picture of life in Puerto Rico—education, housing, jobs, and more. Every year, this survey provides up-to-date information to community leaders as well as federal, Puerto Rico, and municipio governments. This information can be used to identify the services and programs your community needs. For example, this survey can provide information to plan services for the elderly, emergency services, and federal aid.

If you have access to the Internet and want to learn more about the Puerto Rico Community Survey, please visit the Census Bureau's website:  
[www.census.gov/acs](http://www.census.gov/acs).

Thank you in advance for your help.

Sincerely,

Robert L. Santos



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233

Office of the Director

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos . . .

En los próximos días su hogar recibirá por correo un cuestionario para una encuesta muy importante, la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico. Al recibir su cuestionario, por favor llénelo y devuélvalo por correo lo más pronto posible. La Oficina del Censo de los EE. UU. está llevando a cabo esta encuesta y seleccionó su dirección, y no a usted personalmente, como parte de una muestra de hogares en su comunidad seleccionados al azar.

La Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico ofrece un panorama de la vida en Puerto Rico: la educación, la vivienda, los empleos y más. Todos los años, esta encuesta proporciona información actualizada a los líderes de la comunidad, así como al gobierno federal, al de Puerto Rico y a los de los municipios. Esta información puede usarse para identificar los servicios y programas que su comunidad necesita. Por ejemplo, esta encuesta puede proporcionar información para planificar servicios para las personas de la tercera edad, servicios de emergencia y asistencia federal.

Si usted tiene acceso a la Internet y desea obtener más información acerca de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, por favor, visite la página de la Oficina del Censo: [www.census.gov/acs](http://www.census.gov/acs).

Agradeciéndole de antemano su ayuda.

Atentamente,

Robert L. Santos



United States®  
**Census**  
Bureau

**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233

Office of the Director

A message from the Director, U.S. Census Bureau ...

The U.S. Census Bureau recently sent a letter to your household about the Puerto Rico Community Survey. Enclosed is a questionnaire and information about the survey. Please complete the questionnaire and mail it back as soon as possible in the postage-paid envelope.

When you respond to the Puerto Rico Community Survey, you are representing your community and helping with future decision-making. Your response can help your local leaders and organizations know the needs of your community, such as services for children and the elderly, and emergency services.

The U.S. Census Bureau chose your address, not you personally, as part of a randomly selected sample. You are required by U.S. law to respond to this survey. The U.S. Census Bureau is required by law to keep your information confidential. The Census Bureau is not permitted to publicly release your responses in a way that could identify you. Per the Federal Cybersecurity Enhancement Act of 2015, your data are protected from cybersecurity risks through screening of the systems that transmit your data. The enclosed brochure answers frequently asked questions about the survey.

If you need help filling out the questionnaire, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Thank you in advance for your cooperation.

Sincerely,

Robert L. Santos

Enclosures



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233

Office of the Director

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos ...

La Oficina del Censo recientemente le envié una carta a su hogar acerca de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico. Adjunto encontrará un cuestionario e información sobre la encuesta. Por favor, llene el cuestionario y envíelo en el sobre con franqueo pagado que se incluye lo más pronto posible.

Cuando usted responde a la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, está representando a su comunidad y ayudando a la toma de decisiones en el futuro. Su respuesta puede ayudar a que líderes y organizaciones locales sepan las necesidades de su comunidad, tales como servicios para niños y personas de la tercera edad, y servicios de emergencia.

La Oficina del Censo de los EE. UU. escogió su dirección, y no a usted personalmente, como parte de una muestra de hogares seleccionados al azar. Usted está obligado(a) por ley a responder a esta encuesta. La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que este hogar pudiera ser identificado. En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que transmiten su información. El folleto que acompaña esta carta contesta algunas de las preguntas frecuentes sobre la encuesta.

Si usted necesita ayuda para llenar el cuestionario, por favor, llame sin cargo a nuestro número de teléfono (1-800-814-8385).

Le agradecemos de antemano por su ayuda.

Atentamente,

Robert L. Santos

Documentos adjuntos



**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233

Office of the Director

A message from the Director, U.S. Census Bureau ...

About three weeks ago, the U.S. Census Bureau sent a Puerto Rico Community Survey questionnaire to your address. We asked you to help us with this very important survey by completing it and mailing it back. But, we have not received it yet.

If you have already mailed your questionnaire, thank you very much. If you have not mailed the questionnaire, please send it soon. We have included another questionnaire with this letter. This survey is so important that a Census Bureau representative may attempt to contact you by telephone or personal visit if we do not receive your questionnaire.

We need you to be the voice for your community. Every year, the Puerto Rico Community Survey provides the public, local leaders, businesses, and nonprofit organizations with useful information about your community. This is not possible unless all households respond—including yours.

The Census Bureau chose your address, not you personally, as part of a randomly selected sample. You are required by U.S. law to respond to this survey. The U.S. Census Bureau is required by law to keep your information confidential. The Census Bureau is not permitted to publicly release your responses in a way that could identify you. Per the Federal Cybersecurity Enhancement Act of 2015, your data are protected from cybersecurity risks through screening of the systems that transmit your data. The enclosed brochure answers frequently asked questions about the survey.

If you need help filling out the questionnaire, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Robert L. Santos".

Robert L. Santos

Enclosures



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

**U.S. Census Bureau**

Washington, DC 20233

Office of the Director

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos ...

Hace unas tres semanas, la Oficina del Censo de los EE. UU. envié un cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico a su dirección. Le pedimos que nos ayudara con esta importantísima encuesta, completándola y enviándola por correo. Sin embargo, hasta el momento no hemos recibido su cuestionario.

Si usted ya ha enviado su cuestionario, le damos las gracias. Si todavía no lo ha enviado, por favor, hágalo lo más pronto posible. Hemos incluido otro cuestionario con esta carta. Esta encuesta es de tanta importancia que, si no recibimos su cuestionario, es posible que un representante de la Oficina del Censo se comunique con usted por teléfono o lo visite en su hogar.

Necesitamos que usted sea la voz de su comunidad. Todos los años, la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico proporciona al público, líderes locales, empresas y organizaciones sin fines de lucro información útil sobre su comunidad. Esto no es posible a menos que todos los hogares respondan, incluido el suyo.

La Oficina del Censo escogió su dirección, y no a usted personalmente, como parte de una muestra de hogares seleccionados al azar. Usted está obligado(a) por ley a responder a esta encuesta. La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligada por ley a proteger su información. A la Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que este hogar pudiera ser identificado. En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que transmiten su información. El folleto adjunto contesta algunas de las preguntas frecuentes acerca de esta encuesta.

Si usted necesita ayuda en llenar el cuestionario, por favor, llame sin cargo a nuestro número de teléfono (1-800-814-8385).

Muchas gracias.

Atentamente,

Robert L. Santos

Documentos adjuntos





Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

**U.S. Census Bureau**  
National Processing Center  
1201 E 10<sup>th</sup> Street  
Jeffersonville IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

**U.S. Census Bureau**  
National Processing Center  
1201 E 10<sup>th</sup> Street  
Jeffersonville IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos . . .

Hace unos días usted debe haber recibido un cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico. Si ya lo ha devuelto, le extiendo mi agradecimiento. Si todavía no lo ha enviado, por favor, hágalo pronto.

Cuando usted responde, ayuda a su comunidad a obtener la información más actualizada y precisa posible.

Si usted requiere ayuda para completar la encuesta, por favor llame sin cargo a nuestra línea informativa (1-800-814-8385).

Gracias.

Atentamente,

Robert L. Santos

A message from the Director, U.S. Census Bureau . . .

A few days ago, you should have received a Puerto Rico Community Survey questionnaire. If you have already mailed it back, thank you. If you have not, please send it soon.

When you respond, you help your community get the most accurate, up-to-date information possible.

If you need help filling out the questionnaire or have questions, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Thank you.

Sincerely,

Robert L. Santos

ACS-20PR(2022) (03-18-2022)



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos . . .

Hace unos días usted debe haber recibido un cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico. Si ya lo ha devuelto, le extiendo mi agradecimiento. Si todavía no lo ha enviado, por favor, hágalo pronto.

Cuando usted responde, ayuda a su comunidad a obtener la información más actualizada y precisa posible.

Si usted requiere ayuda para completar la encuesta, por favor llame sin cargo a nuestra línea informativa (1-800-814-8385).

Gracias.

Atentamente,

Robert L. Santos

A message from the Director, U.S. Census Bureau . . .

A few days ago, you should have received a Puerto Rico Community Survey questionnaire. If you have already mailed it back, thank you. If you have not, please send it soon.

When you respond, you help your community get the most accurate, up-to-date information possible.

If you need help filling out the questionnaire or have questions, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Thank you.

Sincerely,

Robert L. Santos

ACS-20PR(2022) (03-18-2022)



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Attachment I - ACS-23PR(2023) (04-07-2022)

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

**U.S. Census Bureau**  
National Processing Center  
1201 E 10<sup>th</sup> Street  
Jeffersonville IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

**U.S. Census Bureau**  
National Processing Center  
1201 E 10<sup>th</sup> Street  
Jeffersonville IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos ...

En las últimas semanas, la Oficina del Censo de los EE. UU. le envió a su hogar dos veces un paquete que contiene el cuestionario para la Comunidad de Puerto Rico. **Usted está obligado(a) por ley a responder a esta encuesta.** La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligado por ley a proteger su información. La Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que este hogar pudiera ser identificado. En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que transmiten su información. Si ya ha enviado un cuestionario de vuelta por correo, se lo agradecemos. Si no, por favor, complételo y envíelo inmediatamente.

**Su respuesta es muy importante para su comunidad local y para su país.** Si no llena y envía su cuestionario, es posible que un representante de la Oficina del Censo lo visite en su hogar para completar la encuesta.

Si prefiere completar la encuesta por teléfono o necesita ayuda, sírvase llamar sin carga a (1-800-814-8385).

Gracias.

Atentamente,

Robert L. Santos

A message from the Director, U.S. Census Bureau ...

Within the last few weeks, the U.S. Census Bureau mailed Puerto Rico Community Survey questionnaire packages to your address twice. **You are required by U.S. law to respond to this survey.** The U.S. Census Bureau is required by law to keep your information confidential. The Census Bureau is not permitted to publicly release your responses in a way that could identify you. Per the Federal Cybersecurity Enhancement Act of 2015, your data are protected from cybersecurity risks through screening of the systems that transmit your data. If you have already mailed back a questionnaire, thank you. If you have not, please complete one and send it now.

**Your response is critically important to your local community and to your country.** If you do not send your completed questionnaire, a Census Bureau interviewer may contact you by personal visit to complete the survey.

If you would like to complete the survey by telephone or need assistance, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Thank you.

Sincerely,

Robert L. Santos

ACS-23PR(2023) (04-07-2022)



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

Un mensaje del Director de la Oficina del Censo de los Estados Unidos ...

En las últimas semanas, la Oficina del Censo de los EE. UU. le envió a su hogar dos veces un paquete que contiene el cuestionario para la Comunidad de Puerto Rico. **Usted está obligado(a) por ley a responder a esta encuesta.** La Oficina del Censo de los EE. UU. está obligado por ley a proteger su información. La Oficina del Censo no se le permite divulgar sus respuestas de manera que este hogar pudiera ser identificado. En conformidad con la Ley para el Fortalecimiento de la Seguridad Cibernética Federal del 2015, sus datos están protegidos contra los riesgos de seguridad cibernética mediante los controles aplicados a los sistemas que transmiten su información. Si ya ha enviado un cuestionario de vuelta por correo, se lo agradecemos. Si no, por favor, complételo y envíelo inmediatamente.

**Su respuesta es muy importante para su comunidad local y para su país.** Si no llena y envía su cuestionario, es posible que un representante de la Oficina del Censo lo visite en su hogar para completar la encuesta.

Si prefiere completar la encuesta por teléfono o necesita ayuda, sírvase llamar sin carga a (1-800-814-8385).

Gracias.

Atentamente,

Robert L. Santos

A message from the Director, U.S. Census Bureau ...

Within the last few weeks, the U.S. Census Bureau mailed Puerto Rico Community Survey questionnaire packages to your address twice. **You are required by U.S. law to respond to this survey.** The U.S. Census Bureau is required by law to keep your information confidential. The Census Bureau is not permitted to publicly release your responses in a way that could identify you. Per the Federal Cybersecurity Enhancement Act of 2015, your data are protected from cybersecurity risks through screening of the systems that transmit your data. If you have already mailed back a questionnaire, thank you. If you have not, please complete one and send it now.

**Your response is critically important to your local community and to your country.** If you do not send your completed questionnaire, a Census Bureau interviewer may contact you by personal visit to complete the survey.

If you would like to complete the survey by telephone or need assistance, please call our toll-free number (1-800-717-7381).

Thank you.

Sincerely,

Robert L. Santos

ACS-23PR(2023) (04-07-2022)

Attachment I - ACS-40PR(2020) (08-02-2019)



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

**U.S. Census Bureau**

National Processing Center  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

Oficina del<sup>o</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

envelope size: 9-1/2" x 4-1/8" - window size: 6-1/4" x 1-1/2"



Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

**U.S. Census Bureau**

National Processing Center  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300

9-1/2"

2"

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

4-1/8"

1-1/2"

6-1/4"

3/4"

5/8"

Oficina del<sup>o</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico





Oficina del<sup>®</sup>  
**Censo**  
Estados Unidos  
Puerto Rico

PRESORTED  
FIRST-CLASS MAIL  
POSTAGE & FEES PAID  
U.S. Census Bureau  
Permit No. G-58

**U.S. Census Bureau**

National Processing Center  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



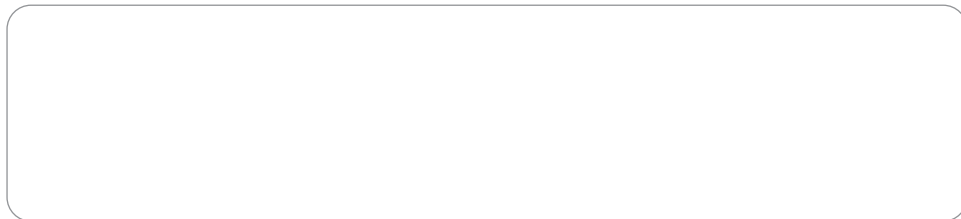
Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico  
**SU RESPUESTA ES REQUERIDA POR LEY**  
The Puerto Rico Community Survey  
**YOUR RESPONSE IS REQUIRED BY LAW**





NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES

OFFICIAL BUSINESS  
Penalty for Private Use \$300



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 16081 WASHINGTON DC

POSTAGE WILL BE PAID BY THE U.S. CENSUS BUREAU

DIRECTOR  
U.S. CENSUS BUREAU  
PO BOX 5240  
JEFFERSONVILLE IN 47199-5240

Flap side

