Mode: CAPI

Questions that are being added or changed for the SOGI Test are included in the tables below. All other questions on the ACS will still be asked in the test and will have the same wording as the 2024 production ACS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Topic | Treatment 1 | Treatment 2 |
| Sex | (Show flashcard: combined flashcard with sex and GI) ¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?* 1. Masculino
* 2. Femenino
 | Same as Treatment 1 |
| Gender Identity | (Show flashcard) Usando esta lista, ¿cuál es <su género actual/el género actual de [Name]>?* 1. Masculino
* 2. Femenino
* 3. Transgénero
* 4. No binario
* 5. Otro Termino

Sex and GI Flashcard:¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?1. Masculino
2. Femenino

IF respondent, "su género actual"IF not respondent, "el género actual de [Name]" 1. Masculino
2. Femenino
3. Transgénero
4. No binario
5. Otro Termino

(If ‘otro termino’)¿Cuál es el término? (write-in) | (Show flashcard) Usando esta lista, ¿cuál es <su género actual/el género actual de [Name]>? Usted puede elegir más de una respuesta.* 1. Masculino
* 2. Femenino
* 3. Transgénero
* 4. No binario
* 5. Otro Termino

Sex and GI Flashcard:¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?1. Masculino
2. Femenino

IF respondent, "su género actual"IF not respondent, "el género actual de [Name]" Usted puede elegir más de una respuesta.1. Masculino
2. Femenino
3. Transgénero
4. No binario
5. Otro Termino

(If ‘otro termino’)¿Cuál es el término? (write-in) |
| Sex & GI Confirmation | [Skip if sex=Masculino and GI=Masculino][Skip if sex=Femenino and GI=Femenino]Solo para confirmar, <su sexo asignado al nacer/el sexo asignado de Name al nacer> era ^F\_T\_SEXBRTH y ^F\_GI. ¿Correcto??* Sí
* No

GI Fill:If Masculino, Femenino, Transgénero, No binario:<your/Name’s> current gender is <fill GI>If “otro termino”:<You use/Name uses> a different term for <your/Name’s> current gender.If No:Please confirm or correct your answer to the following questions:(present sex and GI again to allow respondent to fix) | Same as Treatment 1. If multiple GIs are marked, read all GIs. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Topic | Treatment 1 | Treatment 2 |
| Sexual Orientation | (After married last) in detailed person section, ask for people 15+)FLASHCARDUsando esta lista, ¿cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que <usted se considera/[Name] se considera>?* Gay o lesbiana
* Ni gay ni lesbiana, es decir, heterosexual
* Bisexual
* (Uso/Name usa) otro término

If “Otro Termino” is selected:¿Cuál es el término? [WRITE IN]FLASHCARD¿cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que <usted se considera/[Name] se considera>?* Gay o lesbiana
* Ni gay ni lesbiana, es decir, heterosexual
* Bisexual
* (Uso/Name usa) otro término
 | Same as Treatment 1 |
| Citizenship B | ¿Nació <usted/[Name]> en el extranjero de padre o madre ciudadanos de los EE. UU. o es ^F\_you\_they\_Name ciudadano(a) por naturalización?* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Citizenship C | Usted ha indicado que <usted/[Name]> es ciudadano(a), pero no ha indicado dónde <usted era/esta persona era> nació. Quizás nos podría dar otros datos generales acerca de<usted/esa persona/[Name]>...  ¿Nació <usted/[Name]> en Puerto Rico, nació en los Estados Unidos , Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte, nació en el extranjero de padre o madre ciudadanos de los EE.UU. o se hizo <usted/esa persona/[Name}> ciudadano(a) naturalizado(a)?* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Degree Field | Esta pregunta tiene que ver con el TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO que tiene<usted/[Name]>. ¿Cuál fue el TÍTULO o los TITULOS DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO específico(s) que <usted/esa persona/[Name] tiene> recibió? Por ejemplo ingeniería química, enseñanza de educación primaria o psicología organizacional.[WRITE IN] | Question Same as Treatment 1 |
| Visual Disability | ¿Es <usted/[Name]> ciego(a) o <tiene> una dificultad seria para ver, aunque lleve puestos espejuelos o lentes?* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Hearing Disability | Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de la dificultad que <usted/[Name]> puede tener con actividades comunes diarias.¿<Es usted/[Name] sordo(a) o <tiene> una dificultad seria para oír?* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Transportation to work | FLASHCARD<Usando esta lista ¿cómo llegó/¿Cómo llegó> <you/[Name]> usualmente al trabajo LA SEMANA PASADA?(Si <usted/esta persona/[Name]> usualmente utilizó más de un medio de transportacióndurante el viaje, diga cuál fue el que utilizó por más distancia.)1. Automóvil, camión, o van
2. Autobús
3. Tren urbano
4. Tren de viajes largos o de cercanías
5. Carro público
6. Lancha (ferry)
7. Taxi o servicios de viajes a pedido
8. Motocicleta
9. Bicicleta
10. Caminó
11. Trabajó en el hogar
12. Otro Método
 | Question Same as Treatment 1 |
| Recalled to work | ¿Se le ha informado a <usted/[Name]> que será llamado(a) de nuevo a trabajardentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo?* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Place of Work | Las siguientes preguntas tienen que ver con dónde trabajó <usted/[Name]> la SEMANA PASADA y cómo llegó <usted/esta perosna/[Name]> allí.¿En qué lugar trabajó <usted/[Name]> LA SEMANA PASADA? ¿Cuál es la dirección (número y calle)?(Si <usted/esta perosna/[Name]> trabajó en más de un lugar, indique la dirección o el lugar donde trabajóla mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA.Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción del lugar, tal como el nombre del edificio, o la calle o intersección más cercana. Por ejemplo: Town Center Mall, Edificio del 1st National Bank, Aeropuerto de Reno, 2nda. Ave. y Calle 4)[WRITE IN] | Question Same as Treatment 1 |
| Work | Ahora voy a hacerle una serie de preguntas sobre empleo...LA SEMANA PASADA, ¿trabajó <usted/[Name]> por paga en un trabajo o negocio?(Incluya cualquier trabajo aunque <usted/esta persona/[Name]> haya trabajado sólo una (1) hora, o haya ayudado sin paga en un negocio o finca de la familia por 15 horas o más, o <usted/esta persona/[Name]> haya estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas).◊ Si la persona no trabajó en absoluto la semana pasada porque estaba de vacaciones de su empleo, entre 2.* Sí
* No
 | Question Same as Treatment 1 |
| Another Home | ¿Se queda(n) <usted/[Name]> usualmente en otro lugar?[Select Name(s)] | Question Same as Treatment 1 |
| Relationship | ¿Cómo está <usted/[Name]> relacionado(a) con <usted/[HouseHolderName]>? <usted/[Name]> es ... de <usted/[HouseHolderName]>1. Esposo(a)
2. Pareja no casada
3. Hijo(a) biológico(a) o de sangre
4. Hijo(a) adoptivo(a)
5. Hijastro(a)
6. Hermano(a)
7. Padre o madre
8. Nieto(a)
9. Suegro(a)
10. Yerno o nuera
11. Otro pariente
12. Roommate o compañero(a) de casa
13. Hijo(a) foster
14. Otra persona que no es pariente
 |  |