

SOGI - Field Test Final Wording

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	<p>(Show flashcard: combined flashcard with sex and GI)</p> <p>¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Femenino</p>	<p>Same as Treatment 1</p>
Gender Identity	<p>(Show flashcard) Usando esta lista, ¿cuál es <su género actual/el género actual de [Name]>?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Transgénero</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No binario</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Otro Termino</p> <p>Sex and GI Flashcard: ¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Femenino</p> <p>IF respondent, "su género actual" IF not respondent, "el género actual de [Name]"</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Femenino</p> <p>3. Transgénero</p> <p>4. No binario</p> <p>5. Otro Termino</p> <p>(If 'otro termino')</p> <p>¿Cuál es el término? (write-in)</p>	<p>(Show flashcard) Usando esta lista, ¿cuál es <su género actual/el género actual de [Name]>? Usted puede elegir más de una respuesta.</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Transgénero</p> <p><input type="checkbox"/> 4. No binario</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Otro Termino</p> <p>Sex and GI Flashcard: ¿Qué sexo le asignaron <a usted/a [Name]> al nacer?</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Femenino</p> <p>IF respondent, "su género actual" IF not respondent, "el género actual de [Name]" Usted puede elegir más de una respuesta.</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Femenino</p> <p>3. Transgénero</p> <p>4. No binario</p> <p>5. Otro Termino</p> <p>(If 'otro termino')</p> <p>¿Cuál es el término? (write-in)</p>
Sex & GI Confirmation	<p>[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_SEXBIRTH y ^F_GI. ¿Correcto??</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>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.</p> <p>If No: Please confirm or correct your answer to the following questions: (present sex and GI again to allow respondent to fix)</p>	<p>Same as Treatment 1. If multiple GIs are marked, read all GIs.</p>

SOGI - Field Test Final Wording

Topic	Treatment 1	Treatment 2
Sexual Orientation	<p>(After married last) in detailed person section, ask for people 15+) FLASHCARD</p> <p>Usando esta lista, ¿cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que <usted se considera/[Name] se considera>?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Ni gay ni lesbiana, es decir, heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> (Uso/Name usa) otro término <p>If “Otro Termino” is selected: ¿Cuál es el término? [WRITE IN]</p> <p>FLASHCARD ¿cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que <usted se considera/[Name] se considera>?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Ni gay ni lesbiana, es decir, heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> (Uso/Name usa) otro término 	Same as Treatment 1
Citizenship B	<p>¿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?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	Question Same as Treatment 1
Citizenship C	<p>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]>...</p> <p>¿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)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	Question Same as Treatment 1
Degree Field	<p>Esta pregunta tiene que ver con el TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO que tiene <usted/[Name]>. ¿Cuál fue el TÍTULO o los TÍTULOS DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO específico(s) que <usted/esa persona/[Name] tiene> recibió? Por ejemplo ingeniería química, enseñanza de educación primaria</p>	Question Same as Treatment 1

SOGI - Field Test Final Wording

	o psicología organizacional. [WRITE IN]	
Visual Disability	¿Es <usted/[Name]> ciego(a) o <tiene> una dificultad seria para ver, aunque lleve puestos espejuelos o lentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 transportación durante 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 trabajar dentro de los próximos 6 meses O se le ha dado una fecha para regresar al trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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,	Question Same as Treatment 1

SOGI - Field Test Final Wording

	<p>indique la dirección o el lugar donde trabajó la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA.</p> <p>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)</p> <p>[WRITE IN]</p>	
Work	<p>Ahora voy a hacerle una serie de preguntas sobre empleo...</p> <p>LA SEMANA PASADA, ¿trabajó <usted/[Name]> por paga en un trabajo o negocio?</p> <p>(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).</p> <p>◇ Si la persona no trabajó en absoluto la semana pasada porque estaba de vacaciones de su empleo, entre 2.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	Question Same as Treatment 1
Another Home	<p>¿Se queda(n) <usted/[Name]> usualmente en otro lugar?</p> <p>[Select Name(s)]</p>	Question Same as Treatment 1
Relationship	<p>¿Cómo está <usted/[Name]> relacionado(a) con <usted/[HouseHolderName]>? <usted/[Name]> es ... de <usted/[HouseHolderName]></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	