



THE Puerto Rico Community Survey

This booklet shows the content of the Puerto Rico Community Survey questionnaire.

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**. The telephone call is free.

Telephone Device for the Deaf (TDD):

Call 1-800-786-9448. The telephone call is free.

¿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 web site at: <http://www.census.gov/acs/www/>

Start Here

➔ **Please print today's date.**

Month Day Year

--	--	--	--	--	--

➔ **Please print the name and telephone number of the person who is filling out this form.** We may contact you if there is a question.

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

--	--

➔ **Fill out pages 2, 3, and 4 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? Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

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 origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on.* ↘

6 What is Person 1's race? Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – *Print name of enrolled or principal tribe.* ↘

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Other Asian – <i>Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on.</i> ↘ | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander – <i>Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on.</i> ↘ | |

Some other race – *Print race.* ↘

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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Husband or wife | <input type="checkbox"/> Son-in-law or daughter-in-law |
| <input type="checkbox"/> Biological son or daughter | <input type="checkbox"/> Other relative |
| <input type="checkbox"/> Adopted son or daughter | <input type="checkbox"/> Roomer or boarder |
| <input type="checkbox"/> Stepson or stepdaughter | <input type="checkbox"/> Housemate or roommate |
| <input type="checkbox"/> Brother or sister | <input type="checkbox"/> Unmarried partner |
| <input type="checkbox"/> Father or mother | <input type="checkbox"/> Foster child |
| <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> Other nonrelative |
| <input type="checkbox"/> Parent-in-law | |

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? Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

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 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 origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on.* ↘

6 What is Person 2's race? Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – *Print name of enrolled or principal tribe.* ↘

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Other Asian – <i>Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on.</i> ↘ | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander – <i>Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on.</i> ↘ | |

Some other race – *Print race.* ↘



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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Husband or wife | <input type="checkbox"/> Son-in-law or daughter-in-law |
| <input type="checkbox"/> Biological son or daughter | <input type="checkbox"/> Other relative |
| <input type="checkbox"/> Adopted son or daughter | <input type="checkbox"/> Roomer or boarder |
| <input type="checkbox"/> Stepson or stepdaughter | <input type="checkbox"/> Housemate or roommate |
| <input type="checkbox"/> Brother or sister | <input type="checkbox"/> Unmarried partner |
| <input type="checkbox"/> Father or mother | <input type="checkbox"/> Foster child |
| <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> Other nonrelative |
| <input type="checkbox"/> Parent-in-law | |

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?

Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

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 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 origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on. ↘

6 What is Person 3's race? Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↘

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Other Asian – Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on. ↘ | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander – Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on. ↘ | |

- Some other race – Print race. ↘

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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Husband or wife | <input type="checkbox"/> Son-in-law or daughter-in-law |
| <input type="checkbox"/> Biological son or daughter | <input type="checkbox"/> Other relative |
| <input type="checkbox"/> Adopted son or daughter | <input type="checkbox"/> Roomer or boarder |
| <input type="checkbox"/> Stepson or stepdaughter | <input type="checkbox"/> Housemate or roommate |
| <input type="checkbox"/> Brother or sister | <input type="checkbox"/> Unmarried partner |
| <input type="checkbox"/> Father or mother | <input type="checkbox"/> Foster child |
| <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> Other nonrelative |
| <input type="checkbox"/> Parent-in-law | |

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?

Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

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 origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on. ↘

6 What is Person 4's race? Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↘

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Other Asian – Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on. ↘ | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander – Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on. ↘ | |

- Some other race – Print race. ↘



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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Husband or wife | <input type="checkbox"/> Son-in-law or daughter-in-law |
| <input type="checkbox"/> Biological son or daughter | <input type="checkbox"/> Other relative |
| <input type="checkbox"/> Adopted son or daughter | <input type="checkbox"/> Roomer or boarder |
| <input type="checkbox"/> Stepson or stepdaughter | <input type="checkbox"/> Housemate or roommate |
| <input type="checkbox"/> Brother or sister | <input type="checkbox"/> Unmarried partner |
| <input type="checkbox"/> Father or mother | <input type="checkbox"/> Foster child |
| <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> Other nonrelative |
| <input type="checkbox"/> Parent-in-law | |

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? Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

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 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 origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on. ↘

6 What is Person 5's race? Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↘

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Other Asian – Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on. ↘ | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander – Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on. ↘ | |

- Some other race – Print race. ↘

→ 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?

2000 or later – Specify year →

- 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 – 6 if this is a HOUSE OR A MOBILE HOME; otherwise, SKIP to question 7a.

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

- Less than 1 cuerda → SKIP to question 6
- 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 Is there a business (such as a store or barber shop) or a medical office on this property?

- Yes
- No

7 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

8 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 flush toilet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. a bathtub or shower? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. a sink with a faucet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. a stove or range? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. a refrigerator? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. telephone service from which you can both make and receive calls? Include cell phones. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- EXCLUDE GPS devices, digital music players, and devices with only limited computing capabilities, for example: household appliances.

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Desktop, laptop, netbook, or notebook computer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Handheld computer, smart mobile phone, or other handheld wireless computer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Some other type of computer
Specify ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Yes, with a subscription to an Internet service
- Yes, without a subscription to an Internet service → SKIP to question 12
- No Internet access at this house, apartment, or mobile home → SKIP to question 12

11 At this house, apartment, or mobile home – do you or any member of this household subscribe to the Internet using –

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Dial-up service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. DSL service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cable modem service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Fiber-optic service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Mobile broadband plan for a computer or a cell phone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Satellite Internet service? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Some other service?
Specify service ↴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Housing (continued)

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 Which FUEL is used MOST for heating this house, apartment, or mobile home?

- Gas: from underground pipes serving the neighborhood
- Gas: bottled, tank, or LP
- Electricity
- Fuel oil, kerosene, etc.
- Coal or coke
- Wood
- Solar energy
- Other fuel
- No fuel used

14 a. LAST MONTH, what was the cost of electricity for this house, apartment, or mobile home?

Last month's cost – Dollars

\$.00

OR

- Included in rent or condominium fee
- No charge or electricity not used

b. LAST MONTH, what was the cost of gas for this house, apartment, or mobile home?

Last month's cost – Dollars

\$.00

OR

- Included in rent or condominium fee
- Included in electricity payment entered above
- No charge or gas not used

c. IN THE PAST 12 MONTHS, what was the cost of water and sewer for this house, apartment, or mobile home? If you have lived here less than 12 months, estimate the cost.

Past 12 months' cost – Dollars

\$.00

OR

- Included in rent or condominium fee
- No charge

d. IN THE PAST 12 MONTHS, what was the cost of oil, coal, kerosene, wood, etc., for this house, apartment, or mobile home? If you have lived here less than 12 months, estimate the cost.

Past 12 months' cost – Dollars

\$.00

OR

- Included in rent or condominium fee
- No charge or these fuels not used

15 IN THE PAST 12 MONTHS, did you or any member of this household receive benefits from the Nutritional Assistance Program? Do NOT include WIC, the School Lunch Program, or assistance from food banks.

- Yes
- No

16 Is this house, apartment, or mobile home part of a condominium?

- Yes → What is the monthly condominium fee? For renters, answer only if you pay the condominium fee in addition to your rent; otherwise, mark the "None" box.

Monthly amount – Dollars

\$.00

OR

- None
- No

17 Is this house, apartment, or mobile home – Mark (X) ONE box.

- Owned by you or someone in this household with a mortgage or loan? Include home equity loans.
- Owned by you or someone in this household free and clear (without a mortgage or loan)?
- Rented?
- Occupied without payment of rent? → SKIP to C on the next page



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.

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)

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



Person 1 (continued)

- 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 (including those who have ever used or 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 – <i>Specify</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 17** 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

- G** Answer question 18a – c if this person is 5 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 2 on page 12.

- 18** 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

- H** Answer question 19 if this person is 15 years old or over. Otherwise, SKIP to the questions for Person 2 on page 12.

- 19** 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

- 20** What is this person's marital status?

- Now married
 Widowed
 Divorced
 Separated
 Never married → SKIP to **I**

- 21** 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"/> |

- 22** How many times has this person been married?

- Once
 Two times
 Three or more times

- 23** In what year did this person last get married?
Year

- I** Answer question 24 if this person is female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 25a.

- 24** Has this person given birth to any children in the past 12 months?

- Yes
 No

- 25** 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 26

- 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 26

- 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

- 26** 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 29a
 Only on active duty for training in the Reserves or National Guard → SKIP to question 28a
 Now on active duty
 On active duty in the past, but not now

- 27** 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
 August 1990 to August 2001 (including Persian Gulf War)
 May 1975 to July 1990
 Vietnam era (August 1964 to April 1975)
 February 1955 to July 1964
 Korean War (July 1950 to January 1955)
 January 1947 to June 1950
 World War II (December 1941 to December 1946)
 November 1941 or earlier

- 28** a. Does this person have a VA service-connected disability rating?

- Yes (such as 0%, 10%, 20%, ... , 100%)
 No → SKIP to question 29a

- 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)

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

- Yes → SKIP to question 30
 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 35a

- 30 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**

- 31 How did this person usually get to work LAST WEEK? If this person usually used more than one method of transportation during the trip, mark (X) the box of the one used for most of the distance.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Car, truck, or van | <input type="checkbox"/> Motorcycle |
| <input type="checkbox"/> Bus or trolley bus | <input type="checkbox"/> Bicycle |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Walked |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated | <input type="checkbox"/> Worked at home → SKIP to question 39a |
| <input type="checkbox"/> Railroad | <input type="checkbox"/> Other method |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat | |
| <input type="checkbox"/> Taxicab | |

- J** Answer question 32 if you marked "Car, truck, or van" in question 31. Otherwise, SKIP to question 33.

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

Person(s)

- 33 What time did this person usually leave home to go to work LAST WEEK?**

Hour Minute a.m.
 p.m.

 :

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

Minutes

- K** Answer questions 35 – 38 if this person did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 39a.

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

- Yes → SKIP to question 35c
 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 38
 No → SKIP to question 36

- 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 37
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 38

- 37 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.)

- 38 When did this person last work, even for a few days?**

- Within the past 12 months
 1 to 5 years ago → SKIP to **L**
 Over 5 years ago or never worked → SKIP to question 47

- 39 a. During the PAST 12 MONTHS (52 weeks), did this person work 50 or more weeks? Count paid time off as work.**

- Yes → SKIP to question 40
 No

- b. How many weeks DID this person work, even for a few hours, including paid vacation, paid sick leave, and military service?**

- 50 to 52 weeks
 48 to 49 weeks
 40 to 47 weeks
 27 to 39 weeks
 14 to 26 weeks
 13 weeks or less

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

Usual hours worked each WEEK



Person 1 (continued)

L Answer questions 41 – 46 if this person worked in the past 5 years. Otherwise, SKIP to question 47.

41 – 46 CURRENT OR MOST RECENT JOB ACTIVITY. Describe clearly this person's chief job activity or business last week. If this person had more than one job, describe the one at which this person worked the most hours. If this person had no job or business last week, give information for his/her last job or business.

45 What kind of work was this person doing? (For example: registered nurse, personnel manager, supervisor of order department, secretary, accountant)

46 What were this person's most important activities or duties? (For example: patient care, directing hiring policies, supervising order clerks, typing and filing, reconciling financial records)

47 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.

Yes → \$, , .00
 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.

Yes → \$, , .00 Loss
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

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

Yes → \$, , .00 Loss
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

d. Social Security or Railroad Retirement.

Yes → \$, , .00
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

e. Supplemental Security Income (SSI).

Yes → \$, , .00
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

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

Yes → \$, , .00
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

g. Retirement, survivor, or disability pensions. Do NOT include Social Security.

Yes → \$, , .00
 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.

Yes → \$, , .00
 No TOTAL AMOUNT for past 12 months

42 For whom did this person work?

If now on active duty in the Armed Forces, mark (X) this box →
 and print the branch of the Armed Forces.

Name of company, business, or other employer

43 What kind of business or industry was this? Describe the activity at the location where employed. (For example: hospital, newspaper publishing, mail order house, auto engine manufacturing, bank)

44 Is this mainly – Mark (X) ONE box.

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

48 What was this person's total income during the PAST 12 MONTHS? Add entries in questions 47a to 47h; subtract any losses. If net income was a loss, enter the amount and mark (X) the "Loss" box next to the dollar amount.

OR \$, , .00 Loss
 None TOTAL AMOUNT for past 12 months

➔ Continue with the questions for Person 2 on the next page. If no one is listed as person 2 on page 2, SKIP to page 28 for mailing instructions.



Person 2

The balance of the questionnaire has questions for Person 2, Person 3, Person 4, and Person 5. The questions are the same as the questions for Person 1.

INFORMATIONAL COPY



INFORMATIONAL COPY



Mailing Instructions

→ Please make sure you have...

- listed all names and answered the questions on pages 2, 3, and 4
- 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 0607-0810 and 0607-0936, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD – 3K138, Washington, D.C. 20233. You may e-mail comments to Paperwork@census.gov; use "Paperwork Project 0607-0810 and 0607-0936" 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.

Form ACS-1(INFO)(2015)PR (06-17-2014)





THE Puerto Rico Community Survey

This booklet shows the content of the Puerto Rico Community Survey questionnaire.

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

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

Please complete this form as soon as possible.

Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

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

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

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

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

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

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

CENSUS USE ONLY

How was this form completed?

English Spanish



- 1 What is your name?** Please print your name. Include your telephone number, and today's date so we can contact you if there is a question.

Last Name

First Name

MI

Area Code + Number

 -

Today's Date

Month Day Year

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

 Male Female

- 3 What is your age and what is your date of birth?** Please report babies as age 0 when the child is less than 1 year old.

Print numbers in boxes.

Age (in years) Month Day Year of birth

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

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

- No, not of Hispanic, Latino, or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican Am., Chicano
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin – Print origin, for example, Argentinean, Colombian, Dominican, Nicaraguan, Salvadoran, Spaniard, and so on. ↴

- 5 What is your race?** Mark (X) one or more boxes.

- White
- Black or African Am.
- American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↴

- Asian Indian Native Hawaiian
- Chinese Guamanian or Chamorro
- Filipino Samoan
- Japanese Other Pacific Islander – Print race, for example, Fijian, Tongan, and so on. ↴
- Korean
- Vietnamese
- Other Asian – Print race, for example, Hmong, Laotian, Thai, Pakistani, Cambodian, and so on. ↴

- Some other race – Print race. ↴

- 6 Where were you 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.

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

- Yes, born in Puerto Rico → SKIP to question 9a
- 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

- 8 When did you come to live in Puerto Rico?**

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

Year

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

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

- b. What grade or level were you attending?** Mark (X) ONE box.

- Nursery school, preschool
- Kindergarten
- Grade 1 through 12 – Specify grade 1 - 12 ↴

- College undergraduate years (freshman to senior)
- Graduate or professional school beyond a bachelor's degree (for example: MA or PhD program, or medical or law school)



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

NO SCHOOLING COMPLETED

- No schooling completed

NURSERY OR PRESCHOOL THROUGH GRADE 12

- Nursery school
- Kindergarten
- Grade 1 through 11 – Specify grade 1 – 11 →

- 12th grade – NO DIPLOMA

HIGH SCHOOL GRADUATE

- Regular high school diploma
- GED or alternative credential

COLLEGE OR SOME COLLEGE

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

AFTER BACHELOR'S DEGREE

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

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

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

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

- Yes
- No → SKIP to question 14a

- b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

- c. How well do you speak English?

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

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

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

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

- b. Where did you live 1 year ago?

Address
Development or condominium name
Number and street name

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

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

Enter Puerto Rico or name of U.S. state

ZIP Code

- 15** IN THE PAST 12 MONTHS, did you receive benefits from the Nutritional Assistance Program? Do NOT include WIC, the School Lunch Program, or assistance from food banks.

- Yes
- No

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

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

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

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



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

- Yes
 No

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

- Yes
 No

C Answer question 18a – c if you are 5 years old or over. Otherwise, SKIP to **I** on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

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

- Yes
 No

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

- Yes
 No

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

- Yes
 No

D Answer question 19 if you are 15 years old or over. Otherwise, SKIP to **I** on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

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

- Yes
 No

- 20 What is your marital status?**

- Now married
 Widowed
 Divorced
 Separated
 Never married → SKIP to **E**

- 21 In the PAST 12 MONTHS did you get –**

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

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

- Once
 Two times
 Three or more times

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

Year

--	--	--	--

E Answer question 24 if you are female and 15 – 50 years old. Otherwise, SKIP to question 25a.

- 24 Have you given birth to any children in the past 12 months?**

- Yes
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 26

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

- Yes
 No → SKIP to question 26

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Less than 6 months | <input type="checkbox"/> 3 or 4 years |
| <input type="checkbox"/> 6 to 11 months | <input type="checkbox"/> 5 or more years |
| <input type="checkbox"/> 1 or 2 years | |

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

- Never served in the military → SKIP to question 29a
 Only on active duty for training in the Reserves or National Guard → SKIP to question 28a
 Now on active duty
 On active duty in the past, but not now

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

- September 2001 or later
 August 1990 to August 2001 (including Persian Gulf War)
 May 1975 to July 1990
 Vietnam Era (August 1964 to April 1975)
 February 1955 to July 1964
 Korean War (July 1950 to January 1955)
 January 1947 to June 1950
 World War II (December 1941 to December 1946)
 November 1941 or earlier

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

- Yes (such as 0%, 10%, 20%, ... , 100%)
 No → SKIP to question 29a

- b. What is your service-connected disability rating?**

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



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

- Yes → SKIP to question 30
 No – Did not work (or retired)

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

- Yes
 No → SKIP to question 35a

30 **At what location did you work LAST WEEK?** If you worked at more than one location, print where you worked most last week.

a. **Address**
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, post office, military installation, or base**

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

- Yes
 No, outside the city/town limits

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

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

f. **ZIP Code**

31 **How did you usually get to work LAST WEEK?** If you usually used more than one method of transportation during the trip, mark (X) the box of the one used for most of the distance.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Car, truck, or van | <input type="checkbox"/> Motorcycle |
| <input type="checkbox"/> Bus or trolley bus | <input type="checkbox"/> Bicycle |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Walked |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated | <input type="checkbox"/> Worked at this address → SKIP to question 39a |
| <input type="checkbox"/> Railroad | <input type="checkbox"/> Other method |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat | |
| <input type="checkbox"/> Taxicab | |

F Answer question 32 if you marked "Car, truck, or van" in question 31. Otherwise, SKIP to question 33.

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

Person(s)

33 **What time did you usually leave this address to go to work LAST WEEK?**

Hour Minute a.m.
 p.m.

 :

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

Minutes

G Answer questions 35–38 if you did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 39a.

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

- Yes → SKIP to question 35c
 No

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

- Yes, on vacation, temporary illness, maternity leave, other family/personal reasons, bad weather, etc. → SKIP to question 38
 No → SKIP to question 36

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

- Yes → SKIP to question 37
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 38

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

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

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

- Within the past 12 months
 1 to 5 years ago → SKIP to **H**
 Over 5 years ago or never worked → SKIP to question 47

39 a. **During the PAST 12 MONTHS (52 weeks), did you work 50 or more weeks? Count paid time off as work.**

- Yes → SKIP to question 40
 No

b. **How many weeks DID you work, even for a few hours, including paid vacation, paid sick leave, and military service?**

- 50 to 52 weeks
 48 to 49 weeks
 40 to 47 weeks
 27 to 39 weeks
 14 to 26 weeks
 13 weeks or less

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

Usual hours worked each WEEK



H Answer questions 41 – 46 if you worked in the past 5 years. Otherwise, SKIP to question 47.

41–46 CURRENT OR MOST RECENT JOB ACTIVITY

Describe clearly your chief job activity or business last week. If you had more than one job, describe the one at which you worked the most hours. If you did not have a job or business last week, give information for your last job or business.

41 Were you –
Mark (X) ONE box.

- an employee of a PRIVATE FOR-PROFIT company or business, or of an individual, for wages, salary, or commissions?
- an employee of a PRIVATE NOT-FOR-PROFIT, tax-exempt, or charitable organization?
- a local GOVERNMENT employee (city, county, municipio, etc.)?
- a state GOVERNMENT employee?
- a Federal GOVERNMENT employee?
- SELF-EMPLOYED in own NOT INCORPORATED business, professional practice, or farm?
- SELF-EMPLOYED in own INCORPORATED business, professional practice, or farm?
- working WITHOUT PAY in family business or farm?

42 For whom did you work?

If now on active duty in the Armed Forces, mark (X) this box → and print the branch of the Armed Forces.

Name of company, business, or other employer

43 What kind of business or industry was this?

Describe the activity at the location where employed. (For example: hospital, newspaper publishing, mail order house, auto engine manufacturing, bank)

44 Is this mainly – Mark (X) ONE box.

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

45 What kind of work were you doing?

(For example: registered nurse, personnel manager, supervisor of order department, secretary, accountant)

46 What were your most important activities or duties? (For example: patient care, directing hiring policies, supervising order clerks, typing and filing, reconciling financial records)

47 INCOME IN THE PAST 12 MONTHS

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

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

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

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

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

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

Total amount - Dollars

\$, , , .00

No

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

Yes → What was the net income after business expenses?

Total amount - Dollars

\$, , , .00

Loss

No

c. Did you receive any interest, dividends, net rental income, royalty income, or income from estates and trusts in the PAST 12 MONTHS? Report even small amounts credited to an account.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , , .00

Loss

No

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

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , .00

No

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

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , .00

No

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

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , .00

No

g. Did you receive any retirement, survivor, or disability pensions in the PAST 12 MONTHS? Do NOT include Social Security.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , .00

No

h. Did you have any other sources of income received regularly such as Veterans' (VA) payments, unemployment compensation, child support, or alimony in the PAST 12 MONTHS? Do NOT include lump sum payments such as money from an inheritance or sale of a home.

Yes → What was the amount?

Total amount - Dollars

\$, , .00

No

48 What was your total income during the PAST 12 MONTHS? Add entries 47a to 47h; subtract any losses. If net income was a loss, enter the amount and mark (X) the "Loss" box next to the dollar amount.

None Total amount - Dollars

OR \$, , .00 Loss



I Thank you very much for your participation.

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

INFORMATIONAL COPY

The Census Bureau estimates that this form will take about 25 minutes to complete, including the time for reviewing the instructions and answers. Send comments regarding this burden estimate, including suggestions for reducing this burden, to: Paperwork Reduction Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD-3K138, Washington, DC 20233. You may email comments to Paperwork@census.gov; use "Paperwork Project 0607-0810" as the subject.

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



CENSUS USE ONLY

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

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

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

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

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

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

Final Outcome Codes		Reason (code 219 or 243):
Interview	Noninterview	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Out of scope →	<input type="checkbox"/> 243	
Other – <i>Specify</i> →	<input type="checkbox"/> ____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

Username

Date of interview

--	--	--	--	--	--	--	--





La Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

Este folleto muestra el contenido del cuestionario de 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. La llamada telefónica es gratis.

Aparato telefónico para las personas con impedimentos auditivos (TDD, por sus siglas en inglés):

Llame al 1-800-786-9448. La llamada telefónica es gratis.

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: <http://www.census.gov/acs/www/>

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.** Puede que nos comuniquemos con usted si tenemos alguna pregunta.

Apellido			
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre	Inicial		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Código de área y número de teléfono			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

➔ **¿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.
- **INCLÚYASE** 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 dónde 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, 3 y 4 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?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

--	--	--	--

→ **NOTA:** Por favor, conteste 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, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

--

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 1? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

--

- Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴

--

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Menor colocado en hogar de crianza |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

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?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

--	--	--	--

→ **NOTA:** Por favor, conteste 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, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

--

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 2? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

--

- Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴

--



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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Menor colocado en hogar de crianza |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

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?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--

→ **NOTA:** Por favor, conteste 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, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

--

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 3? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

--

- Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴

--

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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Menor colocado en hogar de crianza |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

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?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--

→ **NOTA:** Por favor, conteste 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, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.* ↴

--

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 4? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.* ↴

--

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> ↴ | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> ↴ | |

--

- Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.* ↴

--



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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Espos(a) | <input type="checkbox"/> Yerno o nuera |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) biológico(a) | <input type="checkbox"/> Otro pariente |
| <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a) | <input type="checkbox"/> Inquilino(a) o pupilo(a) |
| <input type="checkbox"/> Hijastro(a) | <input type="checkbox"/> Compañero(a) de casa |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Menor colocado en hogar de crianza |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Otro no pariente |
| <input type="checkbox"/> Suegro(a) | |

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?

Escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en los cuadrados.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

→ **NOTA:** Por favor, conteste 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, mexicano americano, chicano
 Sí, puertorriqueño
 Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español – *Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc.*

6 ¿Cuál es la raza de la Persona 5? Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
 Negra o africana americana
 India americana o nativa de Alaska – *Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrita o la tribu principal.*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc.</i> | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico – <i>Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fiyiana, tongana, etc.</i> | |

- Alguna otra raza – *Escriba la raza en letra de molde.*

→ 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 ó 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?

2000 ó después –
Especifique el año ↘

- 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 6 si ésta es una CASA O CASA MÓVIL; de lo contrario, PASE a la pregunta 7a.

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

- Menos de una cuerda → PASE a la pregunta 6
- 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 ¿Hay un negocio (tal como una tienda o barbería) u oficina médica en esta propiedad?

- Sí
- No

7 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? Cuento 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

8 ¿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. un inodoro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. una bañera o ducha? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. fregadero con pluma del agua? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. una estufa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. una nevera? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. servicio telefónico del cual usted puede hacer y recibir llamadas? Incluya teléfonos celulares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 En esta casa, apartamento o casa móvil, ¿tiene o usa usted o algún miembro de este hogar alguna de las siguientes computadoras o equipos relacionados?

- NO INCLUYA sistemas de posicionamiento global (GPS), reproductores digitales de música y otros equipos con capacidad limitada de computación, por ejemplo, enseres eléctricos.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Computadora de escritorio, computadora portátil o miniportátil (netbook o notebook) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Computadora de mano, smartphone o alguna otra computadora de mano inalámbrica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Algún otro tipo de computadora
Especifique: ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- Sí, con una suscripción a un servicio de Internet
- Sí, sin una suscripción a un servicio de Internet → PASE a la pregunta 12
- No tiene acceso a Internet en esta casa, apartamento o casa móvil → PASE a la pregunta 12

11 En esta casa, apartamento o casa móvil – ¿se suscribe usted o algún miembro de este hogar a Internet a través de –

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Servicio de conexión Dial Up? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Servicio de DSL? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Servicio de cable módem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Servicio de fibra óptica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Plan de banda ancha móvil (mobile broadband plan) para computadora o teléfono celular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Servicio de Internet por satélite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Algún otro servicio?
Especifique el servicio: ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



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 que es ciudadano(a) 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 cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado esta persona en una escuela o universidad? *Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela superior 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 (home school)

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*)

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, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, 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



Persona 1 (continuación)

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 otro 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. Administración de Veteranos (VA) (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan 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 – <i>Especifique</i> ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17 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

G Conteste las preguntas 18a – c si esta persona tiene 5 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 12.

18 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

H Conteste la pregunta 19 si esta persona tiene 15 años o más. De lo contrario, PASE a las preguntas para la Persona 2 en la página 12.

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

- Sí
- No

20 ¿Cuál es el estado civil de esta persona?

- Casada actualmente
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Nunca se ha casado → PASE a la sección I

21 En los PASADOS 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"/> |

22 ¿Cuántas veces ha estado casada esta persona?

- Una vez
- Dos veces
- Tres veces o más

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

Año

I Conteste la pregunta 24 si esta persona es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 25a.

24 ¿Ha dado a luz esta persona en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 26

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 26

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

26 ¿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 el servicio militar → PASE a la pregunta 29a
- Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 28a
- En servicio activo ahora
- En servicio activo en el pasado, pero no ahora



Persona 1 (continuación)

- 27** ¿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 militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
- Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
- Mayo del 1975 a julio del 1990
- Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
- Febrero del 1955 a julio del 1964
- Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
- Enero del 1947 a junio del 1950
- Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
- Noviembre del 1941 ó antes

- 28** a. ¿Tiene esta persona una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ..., 100%)
- No → PASE a la pregunta 29a

- b. ¿Qué por ciento de incapacidad 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

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

- Sí → PASE a la pregunta 30
- 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 35a

- 30** ¿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

- 31** ¿Cómo llegó usualmente esta persona al trabajo LA SEMANA PASADA? Si esta persona usualmente utilizó más de un medio de transportación durante el viaje, marque (X) la casilla correspondiente al que utilizó por más distancia.

- Automóvil, camión o van
- Autobús o trolebús
- Carro público
- Tren urbano
- Ferrocarril
- Lancha (ferry)
- Taxi
- Motora
- Bicicleta
- Caminó
- Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 39a
- Otro método

- J** Conteste la pregunta 32 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 31. De lo contrario, PASE a la pregunta 33.

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

Persona(s)

- 33** ¿A qué hora usualmente salía esta persona de su hogar para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?

Hora Minutos

: a.m.

p.m.

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

Minutos

- K** Conteste las preguntas 35 – 38 si esta persona NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 39a.

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

- Sí → PASE a la pregunta 35c
- 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 38
- No → PASE a la pregunta 36

- 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 37
- No

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

- Sí
- No → PASE a la pregunta 38

- 37** 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.)

- 38** ¿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 **L**
- Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 47



Persona 2

El resto del cuestionario contiene las preguntas para la Persona 2, Persona 3, Persona 4 y Persona 5. Las preguntas son las mismas que para la Persona 1.

COPIA DE INFORMACIÓN



COPIA DE INFORMACIÓN



Instrucciones sobre envío por correo

→ Por favor, asegúrese de que ha...

- listado todos los nombres y contestado todas las preguntas en las páginas 2, 3 y 4.
- 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

El Negociado 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 0607-0810 y 0607-0936, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD – 3K138, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a Paperwork@census.gov: escriba "Paperwork Project 0607-0810 y 0607-0936" en el espacio para el tema. 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.

Forma ACS-1(INFO)(2015)PR(SP) (06-17-2014)





LA Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

Este folleto muestra el contenido del cuestionario de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico.

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

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

Please complete this form as soon as possible.

Place it in the envelope provided and HOLD it for a census representative to return to pick it up.

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

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

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

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

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

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



- 1 ¿Cuál es su nombre?** Por favor, escriba su nombre en letra de molde. Incluya su número de teléfono y la fecha de hoy para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

 -

Fecha

Mes

Día

Año

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

 Masculino Femenino

- 3 ¿Cuál es su edad y su fecha de nacimiento?** Por favor, escriba 0 para los bebés que tengan menos de 1 año de edad.

Escriba los números en las casillas.

Edad
(en años)

Mes

Día

Año de
nacimiento

- A NOTA:** Por favor, conteste la Pregunta 4 sobre origen hispano Y la Pregunta 5 sobre raza. Para esta encuesta, origen hispano no es una raza.

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

- No, no es de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español – Escriba el origen en letra de molde, por ejemplo, argentino, colombiano, dominicano, nicaragüense, salvadoreño, español, etc. ↴

- 5 ¿Cuál es su raza?** Marque (X) una o más casillas.

- Blanca
- Negra o africana americana
- India americana o nativa de Alaska – Escriba en letra de molde el nombre de la tribu en la cual está inscrito(a) o la tribu principal. ↴

- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra asiática – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, hmong, laosiana, tailandesa, paquistaní, camboyana, etc. ↴
- Nativa de Hawaii
- Guameña o Chamorro
- Samoana
- Otra de las islas del Pacífico – Escriba la raza en letra de molde, por ejemplo, fijiana, tongana, etc. ↴

- Alguna otra raza – Escriba la raza en letra de molde. ↴

- 6 ¿Dónde nació usted?**

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

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

- Sí, nació en Puerto Rico → PASE a la pregunta 9a
- Sí, nació en 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 que es ciudadano(a) de los EE.UU.
- Sí, es ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. Escriba el año de naturalización ↴

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

- 8 ¿Cuándo vino usted a vivir a Puerto Rico?**

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

Año

- 9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha estudiado usted en una escuela o universidad?** Incluya sólo pre-escolar o pre-kinder, kindergarten, escuela elemental, enseñanza en el hogar y escuela que conduce a un diploma de escuela superior o un título universitario.

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

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

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

- Estudios universitarios al nivel de 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)



- 10** ¿Cuál es el título o nivel escolar más alto que usted ha COMPLETADO? Marque (X) UNA casilla. Si está matriculado(a) actualmente, marque el grado escolar anterior o el título más alto recibido.

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12

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

- Grado 12, SIN DIPLOMA

GRADUADO(A) DE ESCUELA 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)

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

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

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

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, africana americana, camboyana, de Cabo Verde, noruega, dominicana, franco-canadiense, haitiana, coreana, libanesa, polaca, nigeriana, mexicana, taiwanesa, ucraniana, entre otras.)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14a

- b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

- c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

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

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

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

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

Código Postal

- 15** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted 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** ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE de cualquiera de los siguientes tipos de seguros de salud o planes de cobertura de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su patrono o sindicato (unión), actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance, la Reforma de Salud o cualquier otro 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. Administración de Veteranos (VA) (incluye si usted alguna vez haya usado o se haya registrado en el sistema de cuidado de salud 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"/> |



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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

C Conteste las preguntas 18a – c si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **I** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

D Conteste la pregunta 19 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **I** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

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

- Sí
 No

20 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a) actualmente
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Nunca se ha casado → PASE a la sección **E**

21 En los PASADOS 12 MESES, ¿usted –

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

22 ¿Cuántas veces ha estado usted casado(a)?

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

23 ¿En qué año se casó usted la última vez?

Año

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

E Conteste la pregunta 24 si usted es del sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 25a.

24 ¿Ha dado a luz usted en los últimos 12 meses?

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 26

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 26

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

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 ó 4 años |
| <input type="checkbox"/> 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> 5 años o más |
| <input type="checkbox"/> 1 ó 2 años | |

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

- Nunca estubo en el servicio militar → PASE a la pregunta 29a
 Servicio activo solamente para entrenamiento de la Reserva Militar o la Guardia Nacional → PASE a la pregunta 28a
 En servicio activo ahora
 En servicio activo en el pasado, pero no ahora

27 ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla para CADA período durante el cual usted estuvo en servicio militar, aunque fuera sólo por parte del período.

- Septiembre del 2001 ó después
 Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
 Mayo del 1975 a julio del 1990
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
 Febrero del 1955 a julio del 1964
 Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
 Enero del 1947 a junio del 1950
 Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
 Noviembre del 1941 ó antes

28 a. ¿Tiene usted una clasificación de incapacidad de la VA relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ... 100%)
 No → PASE a la pregunta 29a

b. ¿Qué por ciento de incapacidad relacionada con el servicio militar tiene usted?

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



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

- Sí → PASE a la pregunta 30
 No – No trabajó (o está retirado(a))

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 35a

- 30 ¿En qué lugar trabajó usted LA SEMANA PASADA? Si trabajó en más de un lugar, escriba en letra de molde la dirección donde usted trabajó la mayor parte de la semana.**

- a. Dirección**
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 o la calle o intersección más cercana.

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

- c. ¿Está localizado el lugar de trabajo dentro de los límites de esa ciudad o pueblo?**

- Sí
 No, fuera de los límites de la ciudad/pueblo

- d. Nombre del municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos**

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

- f. Código Postal**

- 31 ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Si usualmente utilizó más de un medio de transportación durante el viaje, marque (X) la casilla correspondiente al que utilizó por más distancia.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motora |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren urbano | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en esta dirección → PASE a la pregunta 39a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- F** Conteste la pregunta 32 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 31. De lo contrario, PASE a la pregunta 33.

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

Persona(s)

- 33 ¿A qué hora usualmente salía usted de esta dirección para ir al trabajo LA SEMANA PASADA?**

Hora Minutos

: a.m.
 p.m.

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

Minutos

- G** Conteste las preguntas 35 – 38 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 39a.

- 35 a. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted suspendido(a) (on layoff) o en cesantía de un empleo?**

- Sí → PASE a la pregunta 35c
 No

- b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted 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 38
 No → PASE a la pregunta 36

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

- Sí → PASE a la pregunta 37
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 38

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

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

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

- En los últimos 12 meses
 Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **H**
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 47

- 39 a. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (52 semanas), ¿trabajó usted 50 semanas o más? Incluya tiempo libre pagado como trabajo.**

- Sí → PASE a la pregunta 40
 No

- b. ¿Cuántas semanas trabajó usted aunque fuera unas cuantas horas, incluso vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio militar?**

- 50 a 52 semanas
 48 a 49 semanas
 40 a 47 semanas
 27 a 39 semanas
 14 a 26 semanas
 13 semanas o menos

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



H Conteste las preguntas 41 – 46 sólo si usted trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 47.

41–46 ACTIVIDAD DE TRABAJO ACTUAL O LA MÁS RECIENTE

Describe en forma clara la actividad principal en su empleo o negocio la semana pasada. Si usted tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual trabajó más horas. Si no tenía empleo la semana pasada, dé la información correspondiente a su empleo o negocio más reciente.

41 ¿Era usted – Marque (X) UNA casilla.

- empleado(a) de una empresa o un negocio PRIVADO CON FINES DE LUCRO o de un individuo por paga, por salario o comisiones?
- empleado(a) de una organización PRIVADA SIN FINES DE LUCRO exenta de impuestos, o de una organización de caridad?
- empleado(a) del GOBIERNO local (ciudad, condado, municipio, etc.)?
- empleado(a) del GOBIERNO estatal?
- empleado(a) del GOBIERNO federal?
- empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca NO INCORPORADA?
- empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca INCORPORADA?
- trabajador SIN PAGA en un negocio o finca de la familia?

42 ¿Para quién trabajaba usted?

Si está ahora en servicio activo en las Fuerzas Armadas, marque (X) esta casilla →

y escriba en letra de molde el nombre de la rama de las Fuerzas Armadas.

Nombre de la compañía, negocio u otro patrono

43 ¿Qué tipo de negocio o industria era éste(a)? Describe la actividad en el lugar de empleo, (Por ejemplo: hospital, publicación de periódicos, casa de ventas por catálogo, manufactura de motores de automóviles, banco)

44 ¿Es éste(a) principalmente de – Marque (X) UNA casilla.

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

45 ¿Qué tipo de trabajo hacía usted? (Por ejemplo: enfermera graduada, gerente de personal, supervisor del departamento de encargos, secretaria, contable)

46 ¿Cuáles eran sus actividades o responsabilidades más importantes? (Por ejemplo: cuidar pacientes, dirigir políticas de contratación, supervisar personal del departamento de encargos, escribir en computadora y archivar, reconciliar registros financieros)

47 INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES. (NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy hace un año hasta hoy.)

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

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

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

a. ¿Recibió usted jornales, salarios, comisiones, bonos o propinas en los PASADOS 12 MESES?

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

\$, , , .00

No

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

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

\$, , , .00 Pérdida

No

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

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , , .00 Pérdida

No

d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o ingreso de retiro para personal de los ferrocarriles en los PASADOS 12 MESES?

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , .00

No

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

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , .00

No

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

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , .00

No

g. ¿Recibió usted alguna pensión por retiro, pensión para viudos(as) y dependientes de fallecidos, o pensión por incapacidad en los PASADOS 12 MESES? NO incluya Seguro Social.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , .00

No

h. ¿Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores, pensión alimenticia, o pensión de su ex pareja en los PASADOS 12 MESES? NO incluya pagos de mayor cantidad recibidos una sola vez, tal como dinero de una herencia o de la venta de una casa.

- Sí → ¿Cuál fue la cantidad?
- Cantidad total – Dólares

\$, , .00

No

48 ¿Cuál fue su ingreso total en los PASADOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 47a–47h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.

Ninguno ó Cantidad total – Dólares Pérdida

\$, , .00



I Muchas gracias por su participación.

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

COPIA DE INFORMACIÓN

El Negociado del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4600 Silver Hill Road, AMSD-3K138, Washington, DC 20233. Puede enviar sus comentarios por correo electrónico a Paperwork@census.gov: escriba "Paperwork Project 0607-0810" en el espacio para el tema.

No se requiere que las personas respondan a ninguna recopilación de información a menos que ésta tenga un número válido aprobado de la Oficina de Administración y Presupuesto. Este número de 8 dígitos se encuentra en la parte inferior derecha de la cubierta de este cuestionario.



CENSUS USE ONLY

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

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

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

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

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

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

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

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

Username

Date of interview

--	--	--	--	--	--	--	--

