DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS EE.UU.
Administración de Economía y Estadísticas
OFICINA DEL CENSO DE LOS EE. UU.

LA Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

For more information about the American Community Survey, visit our 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, vírelo y complete el lado azul.

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

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

Para obtener más información sobre la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, vaya a nuestra página en la Internet: http://www.census.gov/acs

FORM **ACS-1(GQ)(INFO)(2016)**
(07-10-2015)

OMB No. 0607-0810

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, fiyiana, 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 el nombre del país extranjero, o Puerto Rico, Guam, etc.*

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

☐ Sí, nació en los Estados Unidos ➔ *PASE a la pregunta 9a*
☐ Sí, nació en Puerto Rico, 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 los Estados Unidos?** *Si usted vino a vivir a los Estados Unidos más de una vez, escriba el último año.*

Año

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

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

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

☐ Pre-escolar o pre-kinder
☐ Kindergarten
☐ Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12* ↙
☐ Estudios universitarios al nivel de licenciatura (*freshman* a *senior*)
☐ Escuela graduada o profesional más allá de una licenciatura universitaria (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)

COPIA DE INFORMACIÓN

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

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- ☐ No ha completado ningún grado

PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12

- ☐ Pre-escolar o pre-kinder
- ☐ Kindergarten
- ☐ Grado 1 al 11 – *Especifique grado 1-11* → ☐☐
- ☐ Grado 12, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA O PREPARATORIA

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

UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS

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

DESPUÉS DEL TÍTULO DE LICENCIATURA UNIVERSITARIA

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

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

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

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

(Por ejemplo: italiana, jamaicana, 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 los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 15*
- ☐ No, en una dirección diferente en los Estados Unidos o Puerto Rico

b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

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

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

Nombre del estado de los Estados Unidos o anote Puerto Rico

Código Postal ☐☐☐☐☐

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

- ☐ Sí
- ☐ No

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

	Sí	No
a. Seguro a través de su empleador o sindicato *(union)*, actual o previo, (de usted o de cualquier otro miembro de la familia)	☐	☐
b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por usted o por cualquier otro miembro de la familia)	☐	☐
c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos	☐	☐
d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad	☐	☐
e. TRICARE u otro seguro de salud militar	☐	☐
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)	☐	☐
g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service)	☐	☐
h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de seguro de salud – *Especifique*	☐	☐

COPIA DE INFORMACIÓN

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 o mandados 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?	☐	☐
b. enviudó?	☐	☐
c. se divorció?	☐	☐

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

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.*

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

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 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

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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 (Número y nombre de la calle)

Si no sabe la dirección exacta, dé una descripción de la localización, tal como el nombre del edificio o la calle o intersección más cercana.

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

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

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

d. Nombre del condado

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

f. Código Postal

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

- ☐ Automóvil, camión o *van*
- ☐ Autobús o trolebús
- ☐ Tranvía o tranvía eléctrico
- ☐ Tren subterráneo o elevado
- ☐ Ferrocarril
- ☐ Lancha (ferry)
- ☐ Taxi
- ☐ Motocicleta
- ☐ Bicicleta
- ☐ Caminó
- ☐ Trabajó en esta dirección ➔ *PASE a la pregunta 39a*
- ☐ 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 lo(a) descansaron de un empleo?

- ☐ Sí ➔ *PASE a la pregunta 35c*
- ☐ No

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

- ☐ Sí, de vacaciones, enfermedad temporal, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. ➔ *PASE a la pregunta 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 temporal 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

COPIA DE INFORMACION

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

Describa 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, 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 empleador

43 **¿Qué tipo de negocio o industria era éste(a)?** *Describa 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 por menor?
- ☐ 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.*

Cantidad total – Dólares
Ninguno ☐ ó $ .00 Pérdida ☐

COPIA DE INFORMACIÓN

Muchas gracias por su participación.

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

COPIA DE INFORMACIÓN

La Oficina del Censo estima que le tomará 25 minutos completar este cuestionario, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones y respuestas. Los comentarios sobre el estimado del tiempo, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo que toma, deben dirigirse a: Paperwork Reduction Project 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

Marque (X) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.

Interview	Noninterview
☐ 201 ☐ 203	☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 233 ☐ 241
Fuera de la muestra →	☐ 243
Otra, especifique →	☐ ____

Razón (código 219 ó 243):

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name | Username | Date of interview

COPIA DE INFORMACIÓN