



U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
Economics and Statistics Administration
U.S. CENSUS BUREAU

THE American Community Survey



**This questionnaire is available in either English or Spanish.
Se puede completar este cuestionario 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 green 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 website at: www.census.gov/acs.

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

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: www.census.gov/acs.

CENSUS USE ONLY

How was this form completed?

English

Spanish

U S C E N S U S B U R E A U

FORM **ACS-1(GQ)(2008)**
(06-05-2007) Draft 6

OMB No. 0607-0810



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 + Telephone 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, African Am., or Negro
 American Indian or Alaska Native – Print name of enrolled or principal tribe. ↴

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

7 Are you a citizen of the United States?

- Yes, born in the United States → SKIP to question 9a
 Yes, born in Puerto Rico, 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 the United States? Print numbers in boxes.

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)

- 11** 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.)

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

- Yes
 No → SKIP to question 13a

- 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

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

- Person is under 1 year old → SKIP to question 15
 Yes, at this address → SKIP to question 14
 No, outside the United States and Puerto Rico – Print name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc. below; then SKIP to question 14

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

- b. Where did you live 1 year ago?

Address (Number and street name) ↘

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

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

Name of U.S. state or Puerto Rico ↘

ZIP Code ↘

- 14** IN THE PAST 12 MONTHS, did you receive Food Stamps or a Food Stamps benefit card?

- Yes
 No

- 15** 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 your family member) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Insurance purchased directly from an insurance company (by you or your 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"/> |



16 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

B Answer question 17 if you are 5 years old or over. Otherwise, SKIP to H on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

17 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

C Answer question 18 if you are 15 years old or over. Otherwise, SKIP to H on page 7 for further instructions; do not answer any more questions.

18 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

19 What is your marital status?

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

20 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"/> |

21 How many times have you been married?

- Once
 Two times
 Three or more times

22 In what year did you last get married?

Year

D Answer question 23 if you are female and 15–50 years old. Otherwise, SKIP to question 24a.

23 Have you given birth to any children in the past 12 months?

- Yes
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 25

b. Are you currently responsible for most of the basic needs of any grandchild(ren) under the age of 18 who live(s) in this place?

- Yes
 No → SKIP to question 25

c. How long have you been responsible for the(se) grandchild(ren)? If you are financially responsible for more than one grandchild, answer the question for the grandchild for whom you have been responsible 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 | |

25 Have you ever served on active duty in the U.S. Armed Forces, military Reserves, or National Guard? Active duty does not include training for the Reserves or National Guard, but DOES include activation, for example, for the Persian Gulf War.

- Yes, now on active duty
 Yes, on active duty during the last 12 months, but not now
 Yes, on active duty in the past, but not during the last 12 months
 No, training for Reserves or National Guard only → SKIP to question 27a
 No, never served in the military → SKIP to question 28a

26 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)
 September 1980 to July 1990
 May 1975 to August 1980
 Vietnam era (August 1964 to April 1975)
 March 1961 to July 1964
 February 1955 to February 1961
 Korean War (July 1950 to January 1955)
 January 1947 to June 1950
 World War II (December 1941 to December 1946)
 November 1941 or earlier

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

- Yes (such as 0%, 10%, 20%, ... , 100%)
 No → SKIP to question 28a

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



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

- Yes → *SKIP* to question 29
 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 34a

- 29** **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 (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 county** ↘

- e. **Name of U.S. state or foreign country** ↘

- f. **ZIP code** ↘

- 30** **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"/> Streetcar or trolley car | <input type="checkbox"/> Walked |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated | <input type="checkbox"/> Worked at this address → <i>SKIP</i> to question 38a |
| <input type="checkbox"/> Railroad | <input type="checkbox"/> Other method |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat | |
| <input type="checkbox"/> Taxicab | |

- E** **Answer question 31 if you marked "Car, truck, or van" in question 30. Otherwise, SKIP to question 32.**

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

Person(s)

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

Hour Minute

 :

- a.m.
 p.m.

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

Minutes

- F** **Answer questions 34–37 if you did NOT work last week. Otherwise, SKIP to question 38a.**

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

- Yes → *SKIP* to question 34c
 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 37
 No → *SKIP* to question 35

- 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 36
 No

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

- Yes
 No → *SKIP* to question 37

- 36** **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.)

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

- Within the past 12 months
 1 to 5 years ago → *SKIP* to **G**
 Over 5 years ago or never worked → *SKIP* to question 46

- 38** 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 39
 No

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 50 to 52 weeks | <input type="checkbox"/> 27 to 39 weeks |
| <input type="checkbox"/> 48 to 49 weeks | <input type="checkbox"/> 14 to 26 weeks |
| <input type="checkbox"/> 40 to 47 weeks | <input type="checkbox"/> 13 weeks or less |

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

Usual hours worked each WEEK



G Answer questions 40–45 if you worked in the past 5 years. Otherwise, SKIP to question 46.

40–45 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 the information for your last job or business.

40 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, 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?

41 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

42 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.)

43 Is this mainly – Mark (X) ONE box.

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

44 What kind of work were you doing? (For example: registered nurse, personnel manager, supervisor of order department, secretary, accountant.)

45 What were your most important activities or duties? (For example: caring for patients, directing hiring policies, supervising order clerks, typing and filing, reconciling financial records.)

46 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 the 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 with someone else, 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 your own nonfarm 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 <input type="checkbox"/>
----	--	--	--	--	-----	-------------------------------

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

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

47 What was your total income during the PAST 12 MONTHS? Add entries 46a–46h; subtract any losses. If net income was a loss, enter the amount and mark (X) the "Loss" box next to the dollar amount.

Total amount - Dollars

\$.00	Loss <input type="checkbox"/>
----	--	--	--	--	-----	-------------------------------

None OR



H Thank you very much for your participation.

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

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 Project 0607-0810, U.S. Census Bureau, 4700 Silver Hill Road, Stop 1500, Washington, DC 20233-1500. 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 majority of the questions on this questionnaire? *Mark (X) one box.*

- Sample person
 Proxy for the sampled person
 Don't know

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

- Personal interview
 Telephone interview
 Self-response
 Don't know

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

- No**
 Some administrative record information was used to complete this questionnaire
 All responses on this questionnaire were obtained from administrative record information
 Don't know

Final Outcome Codes		Reason (code 219 or 243):
Interview	Noninterview	
<p>Mark (X) ONE of the codes below to indicate the final outcome of the case. If code 219 or 243 is marked, explain reason in space below.</p> <p><input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203</p>	<p><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</p>	
<p>Out of scope →</p>	<p><input type="checkbox"/> 243</p>	
<p>Other – <i>Specify</i> →</p>	<p><input type="checkbox"/> _____</p>	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 / /




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

**This questionnaire is available in either English or Spanish.
Se puede completar este cuestionario 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 green 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 website at: www.census.gov/acs.

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

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: www.census.gov/acs.

U S C E N S U S B U R E A U

FORM **ACS-1(GQ)(2008)**
(06-14-2007) Draft 1

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 hay una 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?

A

- 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.

B

- 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 Nativa de Hawaii
 China Guameña o Chamorro
 Filipina Samoana
 Japonesa
 Coreana
 Vietnamita
 Otra asiática –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 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 EE.UU. 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?

Escriba los números en las casillas.

Año


9 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido usted a una escuela o universidad? Incluya sólo guardería infantil (nursery school) o prekindergarten, kindergarten, escuela primaria, enseñanza en el hogar y educación que conduce a un diploma de escuela superior (high school) o título universitario.

- No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → PASE a la pregunta 10
 Sí, escuela pública, universidad pública
 Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

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

- Guardería infantil (nursery school), prekindergarten
 Kindergarten
 Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12.
 Estudios universitarios a nivel de bachiller universitario (freshman a senior)
 Escuela graduada o profesional más allá de un bachiller 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.  C

NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO

- No ha completado ningún grado

GUARDERÍA INFANTIL O PREKINDERGARTEN HASTA GRADO 12

- Guardería infantil (nursery school)
 Kindergarten
 Grado 1 al 11 – Especifique grado 1-11 ↘

- 12mo. grado, SIN DIPLOMA

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

- Diploma de escuela secundaria
 GED o credencial alternativa

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 bachiller universitario (por ejemplo: BA, AB, BS)

DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO

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

- 11** ¿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, etc.)

- 12** a. ¿Habla usted en su hogar un idioma que no sea inglés?

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14

- 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

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

- Persona es menor de 1 año de edad → PASE a la pregunta 15
 Sí, en esta dirección → PASE a la pregunta 14
 No, fuera de los Estados Unidos o Puerto Rico. Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o las Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 14
 No, en una dirección diferente en Puerto Rico o los Estados Unidos

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle) ↘

Nombre de la ciudad, pueblo, oficina postal, 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 ↘

- 14** DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted Cupones de Alimentos o una Tarjeta del Programa de Cupones para Alimentos?

- Sí
 No

- 15** ¿Está usted ACTUALMENTE cubierto(a) por cualquiera de los siguientes planes 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, 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 o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico 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 o plan médico – Especifique ↘ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



16 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, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

B Conteste la pregunta 17 si usted tiene 5 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **H** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

17 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

C Conteste la pregunta 18 si usted tiene 15 años de edad o más. De lo contrario, PASE a la sección **H** en la página 7 para instrucciones adicionales; no conteste más preguntas.

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

- Sí
 No

19 ¿Cuál es su estado civil?

- Casado(a) actualmente
 Viudo(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Nunca se ha casado → PASE a la pregunta 23

20 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"/> |

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

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año

D Conteste la pregunta 23 si usted es de sexo femenino y tiene de 15 a 50 años de edad. De lo contrario, PASE a la pregunta 24a.

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

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 25

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 | |

25 ¿Ha estado usted alguna vez en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva militar o la Guardia Nacional de los Estados Unidos? El servicio activo no incluye adiestramiento para la Reserva militar o la Guardia Nacional, pero SÍ incluye servicio activo, por ejemplo, en la Guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, en servicio activo ahora
 Sí, en servicio activo durante los últimos 12 meses, pero no ahora
 Sí, en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses
 No, adiestramiento para la Reserva o la Guardia Nacional solamente → PASE a la pregunta 27a
 No, nunca estuvo en servicio militar → PASE a la pregunta 28a

26 ¿Cuándo estuvo usted en servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) un casilla por 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)
 Septiembre del 1980 a julio del 1990
 Mayo del 1975 a agosto del 1980
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
 Marzo del 1961 a julio del 1964
 Febrero del 1955 a febrero del 1961
 La 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

27 a. ¿Tiene esta persona una clasificación de la VA por incapacidad relacionada con el servicio?

- Sí (tal como 0%, 10%, 20%, ó 100%)
 No → PASE a la pregunta 28a

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



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

- Sí → PASE a la pregunta 29
 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 34a

- 29** ¿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 postal, 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 ↘

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Caminó |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en esta dirección → PASE a la pregunta 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

- E** Conteste la pregunta 31 si marcó "Automóvil, camión o van" en la pregunta 30. De lo contrario, PASE a la pregunta 32.

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

Persona(s)

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

Hora Minutos

 :

- a.m.
 p.m.

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

Minutos

- F** Conteste las preguntas 34–37 si usted NO trabajó la semana pasada. De lo contrario, PASE a la pregunta 38a.

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

- Sí → PASE a la pregunta 34c
 No

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

- Sí, de vacaciones, por enfermedad temporal, disputa laboral, etc. → PASE a la pregunta 37
 No → PASE a la pregunta 35

- 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 36
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 37

- 36** 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.)

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

- Dentro de los últimos 12 meses
 Hace 1 a 5 años → PASE a la sección **G**
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46a

- 38** 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 39
 No

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 50 a 52 semanas | <input type="checkbox"/> 27 a 39 semanas |
| <input type="checkbox"/> 48 a 49 semanas | <input type="checkbox"/> 14 a 26 semanas |
| <input type="checkbox"/> 40 a 47 semanas | <input type="checkbox"/> 13 semanas o menos |

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


Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



G Conteste las preguntas 40–45 **SÓLO SI** usted trabajó durante los últimos 5 años. De lo contrario, PASE a la pregunta 46.

40–45 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.

40 ¿Era usted – Marque (X) UNA casilla  F

- Empleado(a) de una empresa o un negocio PRIVADO CON FINES DE LUCRO o de un individuo a jornal, 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?

41 ¿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 ↵

42 ¿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.) ↵

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

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

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

45 ¿Cuáles eran sus actividades o deberes más importantes? (Por ejemplo: cuidar pacientes, dirigir políticas de empleo, supervisar personal del departamento de encargos, escribir a máquina y archivar, reconciliar registros financieros.) ↵

46 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 con otra persona, 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
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

No Pérdida

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

d. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguro Social o de Retiro Ferroviario en los PASADOS 12 MESES?

Sí → **Cuál fue la cantidad?**
Cantidad total – Dólares

\$.00
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

No

e. ¿Recibió usted algún ingreso de Seguridad de Ingreso Suplemental (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 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, para sobrevivientes o por incapacidad en los PASADOS 12 MESES? NO incluya Seguro Social.

Sí → **Cuál fue la cantidad?**
Cantidad total – Dólares

\$.00
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----

No



CENSUS USE ONLY

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

- Persona en la muestra
 Sustituto para la persona en la muestra
 No sabe

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

- Entrevista en persona
 Entrevista por teléfono
 Auto-respuesta
 No sabe

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

- No**
 Se usó **alguna** información de récords administrativos para completar este cuestionario
 Todas las respuestas de este cuestionario se obtuvieron de información de récords administrativos
 No sabe

Final Outcome Codes		Reason (code 219 or 243):
Interview	Noninterview	
Marque (X) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si semarcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.		
<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	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> ____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

