



THE American Community Survey

This booklet shows the content of the American 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 **1-800-354-7271**. The telephone call is free.

Telephone Device for the Deaf (TDD):

Call 1-800-582-8330. The telephone call is free.

¿NECESITA AYUDA? Si usted habla español y necesita ayuda para completar su cuestionario, llame sin cargo alguno al **1-877-833-5625**. Usted también puede pedir un cuestionario en español o completar su entrevista por teléfono con un entrevistador que habla español.

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

Start Here

➔ **Please print today's date.**

Month	Day	Year
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

➔ **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? Mark (X) ONE box.

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, African Am., or Negro
- 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 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, African Am., or Negro
- 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 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, African Am., or Negro
- 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, African Am., or Negro
- 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 – *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, African Am., or Negro
- 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.* ↘

→ 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 acres is this house or mobile home on?

- Less than 1 acre → SKIP to question 6
- 1 to 9.9 acres
- 10 or more acres

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

9 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

10 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



Housing (continued)

- 11 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

- 12 IN THE PAST 12 MONTHS, did anyone in this household receive Food Stamps or a Food Stamp benefit card?**

- Yes
 No

- 13 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

- 14 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**

- B** Answer questions 15a and b if this house, apartment, or mobile home is RENTED. Otherwise, SKIP to question 16.

- 15 a. What is the monthly rent for this house, apartment, or mobile home?**

Monthly amount – Dollars

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

- b. Does the monthly rent include any meals?**

- Yes
 No

- C** Answer questions 16 – 20 if you or someone else in this household OWNS or IS BUYING this house, apartment, or mobile home. Otherwise, SKIP to **E** on the next page.

- 16 About how much do you think this house and lot, apartment, or mobile home (and lot, if owned) would sell for if it were for sale?**

Amount – Dollars

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

- 17 What are the annual real estate taxes on THIS property?**

Annual amount – Dollars

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

OR

- None

- 18 What is the annual payment for fire, hazard, and flood insurance on THIS property?**

Annual amount – Dollars

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

OR

- None



Housing (continued)

- 19 a. Do you or any member of this household have a mortgage, deed of trust, contract to purchase, or similar debt on THIS property?**

- Yes, mortgage, deed of trust, or similar debt
 Yes, contract to purchase
 No → *SKIP* to question 20a

- b. How much is the regular monthly mortgage payment on THIS property?**

Include payment only on FIRST mortgage or contract to purchase.

Monthly amount – Dollars

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

OR

- No regular payment required → *SKIP* to question 20a

- c. Does the regular monthly mortgage payment include payments for real estate taxes on THIS property?**

- Yes, taxes included in mortgage payment
 No, taxes paid separately or taxes not required

- d. Does the regular monthly mortgage payment include payments for fire, hazard, or flood insurance on THIS property?**

- Yes, insurance included in mortgage payment
 No, insurance paid separately or no insurance

- 20 a. Do you or any member of this household have a second mortgage or a home equity loan on THIS property?**

- Yes, home equity loan
 Yes, second mortgage
 Yes, second mortgage and home equity loan
 No → *SKIP* to **D**

- b. How much is the regular monthly payment on all second or junior mortgages and all home equity loans on THIS property?**

Monthly amount – Dollars

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

OR

- No regular payment required

- D** Answer question 21 if this is a **MOBILE HOME**. Otherwise, *SKIP* to **E**.

- 21 What are the total annual costs for personal property taxes, site rent, registration fees, and license fees on THIS mobile home and its site?**

Exclude real estate taxes.

Annual costs – Dollars

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

- E** Answer questions about **PERSON 1** on the next page if you listed at least one person on page 2. Otherwise, *SKIP* to page 28 for the mailing instructions.



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 name of foreign country, or Puerto Rico, Guam, etc.

8 Is this person a citizen of the United States?

Yes, born in the United States → SKIP to 10a

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

9 When did this person come to live in the United States? Print numbers in boxes.

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 the United States and Puerto Rico – Print name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc., below; then SKIP to question 16

No, different house in the United States or Puerto Rico

b. Where did this person live 1 year ago?

Address (Number and street name)

Name of city, town, or post office

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

Name of U.S. state or Puerto Rico

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 checked="" 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 grandchild(ren) under the age of 18 who live(s) in this house or apartment?

- Yes
 No → SKIP to question 26

- c. How long has this grandparent been responsible for the(se) grandchild(ren)?

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, 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 28a
 No, never served in the military → SKIP to question 29a

- 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)
 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

- 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 (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 county**

e. **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"/> Streetcar or trolley car | <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 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 American 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 38 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, 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" 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)(2009)KFI (05-22-2008)





La Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense

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

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 1-877-833-5625. 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 **1-800-354-7271**.

Para más información sobre la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense, 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"/>	
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 dos 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"/> 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 o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo(a) de crianza (foster) |
| <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 o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo(a) de crianza (foster) |
| <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, nicaraguense, 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 o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo(a) de crianza (foster) |
| <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, nicaraguense, 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 o de cuarto |
| <input type="checkbox"/> Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Pareja no casada |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre | <input type="checkbox"/> Hijo(a) de crianza (foster) |
| <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 para una sola familia separada de cualquier otra casa
- Una casa para una sola familia 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, 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 cuantos acres está situada esta casa o casa móvil?

- Menos de un acre ➔ PASE a la pregunta 6
- 1 a 9.9 acres
- 10 acres 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. ¿Cuántos cuartos individuales hay en esta casa, apartamento o casa móvil?

Los cuartos deben estar separados 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, etc.
- EXCLUYA baños, terrazas, balcones, entradas, pasillos o sótanos sin terminar.

Número de cuartos

--	--

b. ¿Cuántos de estos cuartos son dormitorios? Cuente como dormitorios los cuartos que usted listaría 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 caliente y fría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. un inodoro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. una bañera o ducha? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. fregadero con grifo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. una estufa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. un refrigerador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. servicio telefónico desde el cual usted puede hacer y recibir llamadas? Incluya teléfonos celulares. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 ¿Cuántos automóviles, vans o camiones con capacidad para una carga de una tonelada o menos se guardan en la casa para uso de los miembros de este hogar?

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ó más

10 ¿Cuál COMBUSTIBLE es el que MÁS se utiliza para calentar esta casa, apartamento o casa móvil?

- Gas de una tubería subterránea que sirve al vecindario
- Gas embotellado, en tanque o LP
- Electricidad
- Aceite combustible, queroseno, etc.
- Carbón o coque
- Leña
- Energía solar
- Otro combustible
- No se utiliza combustible



Vivienda (continuación)

11 a. EL MES PASADO, ¿cuánto fue el costo de electricidad para esta casa, apartamento o casa móvil?

Costo el mes pasado – Dólares

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

ó

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- No hay cargo o no se utiliza electricidad

b. EL MES PASADO, ¿cuánto fue el costo de gas para esta casa, apartamento o casa móvil?

Costo el mes pasado – Dólares

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

ó

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- Incluido en el pago de electricidad anotado arriba
- No hay cargo o no se utiliza gas

c. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el costo de agua y alcantarillado para esta casa, apartamento o casa móvil? Si ha vivido aquí menos de 12 meses, haga un estimado del costo.

Costo en los últimos 12 meses – Dólares

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

ó

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- No hay cargo

d. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuánto fue el costo de aceite, carbón, queroseno, leña, etc., para esta casa, apartamento o casa móvil? Si ha vivido aquí menos de 12 meses, haga un estimado del costo.

Costo en los últimos 12 meses – Dólares

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

ó

- Incluido en el alquiler o cuota de condominio
- No hay cargo o no se utilizan estos combustibles

12 EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió algún miembro de este hogar cupones de Alimentos (o una Tarjeta del Programa de cupones para Alimentos)?

- Sí
- No

13 ¿Es esta casa, apartamento o casa móvil parte de un condominio?

- Sí → ¿Cuánto es la cuota mensual de condominio? Para inquilinos: conteste sólo si paga la cuota de condominio además del alquiler; de lo contrario, marque el cuadrado "Cero".

Cantidad mensual – Dólares

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

ó

- Ninguna
- No

14 ¿Es esta casa, apartamento o casa móvil – Marque (X) UNA casilla.

- Propiedad suya o de alguien en este hogar con una hipoteca o préstamo? Incluya préstamos sobre el valor líquido de la casa.
- Propiedad suya o de alguien en este hogar libre y sin deuda (sin una hipoteca o préstamo)?
- Alquilada?
- Ocupada sin pago de alquiler? → PASE a la sección **C**

B Conteste las preguntas 15a y b si esta casa, apartamento o casa móvil está ALQUILADA. De lo contrario, PASE a la pregunta 16.

15 a. ¿Cuál es el alquiler mensual para esta casa, apartamento o casa móvil?

Cantidad mensual – Dólares

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

b. ¿Incluye el alquiler mensual algunas comidas?

- Sí
- No

C Conteste las preguntas 16 a 20 si usted u otra persona en este hogar ES DUEÑO de esta casa, apartamento o casa móvil, o lo ESTÁ COMPRANDO. De lo contrario, PASE a la sección **E** en la próxima página.

16 ¿Por cuánto cree usted que se vendería esta casa y el terreno, apartamento, o casa móvil y el lote si estuviera para la venta?

Valor – Dólares

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

17 ¿Cuánto es el total anual de los impuestos de bienes raíces sobre ESTA propiedad?

Cantidad anual – Dólares

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

ó

- Ninguno

18 ¿Cuánto es el pago anual de la prima por concepto de seguro contra incendios, riesgos e inundaciones para ESTA propiedad?

Cantidad anual – Dólares

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

ó

- Ninguno



Vivienda (continuación)

19 a. ¿Tiene usted o algún otro miembro de este hogar una hipoteca, contrato de compra, escritura de fideicomiso o deuda similar sobre ESTA propiedad?

- Sí, hipoteca, escritura de fideicomiso o deuda similar
- Sí, contrato de compra
- No → PASE a la pregunta 20a

b. ¿Cuánto es el pago mensual regular de la hipoteca sobre ESTA propiedad?

Incluya sólo el pago de la PRIMERA hipoteca o contrato de compra.

Cantidad mensual – Dólares

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

ó

- No se requiere ningún pago regular → PASE a la pregunta 20a

c. ¿Incluye el pago mensual regular de la hipoteca los pagos de impuestos sobre bienes raíces para ESTA propiedad?

- Sí, se incluyen los impuestos en el pago de la hipoteca
- No, los impuestos se pagan por separado o no se requieren impuestos

d. ¿Incluye el pago mensual regular de la hipoteca los pagos de la prima por concepto de seguro contra incendios, riesgos e inundaciones para ESTA propiedad?

- Sí, se incluye el seguro en el pago de la hipoteca
- No, el seguro se paga por separado, o no se tiene seguro

20 a. ¿Tiene usted o algún otro miembro de este hogar una segunda hipoteca o un préstamo sobre el valor líquido (Home Equity Loan) de ESTA propiedad?

- Sí, un préstamo sobre el valor líquido de esta propiedad
- Sí, una segunda hipoteca
- Sí, una segunda hipoteca y un préstamo sobre el valor líquido de esta propiedad
- No → PASE a la sección **D**

b. ¿Cuánto es el pago mensual regular de todas las segundas hipotecas y todos los préstamos sobre el valor líquido de ESTA propiedad?

Cantidad mensual – Dólares

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

ó

- No se requiere ningún pago regular

D Conteste la pregunta 21 si ésta es una CASA MÓVIL. De lo contrario, PASE a la sección **E**.

21 ¿Cuánto es el total del costo anual de los impuestos sobre bienes muebles, renta del lote, cuotas de registro y cuotas de licencia para ESTA casa móvil y su lote? Excluya los impuestos sobre bienes raíces.

Cantidad anual – Dólares

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

E Conteste las preguntas sobre la PERSONA 1 en la próxima página si usted listó al menos una persona en la página 2. De lo contrario, PASE a la página 28 para las instrucciones de envío por correo.



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

8 ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos?

- Sí, nació en los Estados Unidos → *PASE a la pregunta 10a*

- 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 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 los Estados Unidos? *Escriba los números en las casillas.*

Año

10 a. En cualquier momento DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿ha asistido esta persona 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 secundaria (high school) o título universitario.*

- No, no ha asistido durante los últimos 3 meses → *PASE a la pregunta 11*
- Sí, escuela pública, universidad pública
- Sí, escuela privada, universidad privada, enseñanza en el hogar

b. ¿A qué grado o nivel escolar asistía esta persona? *Marque (X) UN cuadrado.*

- Guardería infantil (nursery school), prekindergarten

- Kindergarten

- Grado 1 al 12 – *Especifique grado 1-12*

- Estudios universitarios a nivel de bachiller (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)

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 NINGUN 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*

- Grado 12, **SIN DIPLOMA**

GRADUADO(A) DE ESCUELA SECUNDARIA (High School)

- Diploma de escuela secundaria

- GED o credencial alternativa

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 bachiller universitario (por ejemplo: BA, 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 (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 bachiller universitario o más alto. De lo contrario, PASE a la pregunta 13.

12 Esta pregunta se enfoca en el TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO de esta persona. Por favor, escriba en letra de molde el título específico de la concentración de estudio de cualquier TÍTULO DE BACHILLER UNIVERSITARIO que esta persona haya recibido. (Por ejemplo: ingeniería química, educación primaria, 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 y así por el estilo.)

14 a. ¿Habla esta persona en su hogar 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. ¿Vivió 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 los Estados Unidos y Puerto Rico – *Escriba en letra de molde a continuación el nombre del país extranjero o Islas Vírgenes, Guam, etc.; luego PASE a la pregunta 16*
-
- No, en una casa diferente en los Estados Unidos o Puerto Rico

b. ¿Dónde vivía esta persona hace 1 año?

Dirección (Número y nombre de la calle)

Nombre de la ciudad, pueblo u oficina postal

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

16 ¿Está esta persona ACTUALMENTE cubierta 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 – <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, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- 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, tales 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(a) abuelo(a) 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(a) abuelo(a) es responsable de este(os) nieto(s)? Si este(a) abuelo(a) 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 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 28a
- No, nunca estuvo en servicio militar → PASE a la pregunta 29a



Persona 1 (continuación)

27 ¿Cuándo estuvo esta persona en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Marque (X) una casilla por 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)
- 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

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 (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 postal

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 de los Estados Unidos

e. Nombre del estado 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.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvil, camión o van | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús o trolebús | <input type="checkbox"/> Motocicleta |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tranvía o tranvía eléctrico | <input type="checkbox"/> Bicicleta |
| <input type="checkbox"/> Tren subterráneo o elevado | <input type="checkbox"/> Camión |
| <input type="checkbox"/> Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Trabajó en el hogar → PASE a la pregunta 39a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> a.m.
<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 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) de un empleo?

- Sí → PASE a la pregunta 35c
- No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo esta persona 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 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 temporal 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 1 (continuación)

39

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

- Sí → PASE a la pregunta 40
- No

b. ¿Cuántas semanas trabajó esta persona 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 esta persona cada SEMANA?

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA

L

Conteste las preguntas 41 – 46 si esta persona 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 de esta persona en su empleo o negocio la semana pasada. Si esta persona tenía más de un empleo, describa el empleo en el cual la persona trabajó más horas. Si esta persona no tenía empleo la semana pasada, dé la información correspondiente a su empleo o negocio más reciente.

41

¿Era esta persona – Marque (X) UNA casilla.

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

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

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 esta persona? (Por ejemplo: enfermera graduada, gerente de personal, supervisor del departamento de encargos, secretaria, contable)

46

¿Cuáles eran las actividades o deberes más importantes de esta persona? (Por ejemplo: cuidar pacientes, dirigir políticas de contratación, supervisar personal del departamento de encargos, escribir a máquina 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) el cuadrado "No" para mostrar los tipos de ingresos NO recibidos.

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

Para ingreso recibido en conjunto, informe la parte que le corresponde a cada persona; o, si eso no es posible, informe la cantidad total bajo una sola persona y marque el cuadrado "No" para la otra persona.

a. Jornales, sueldos/salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los empleos. Informe la cantidad antes de aplicarse las deducciones por impuestos, bonos, cuotas y otras cosas.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

b. Ingreso de empleo por cuenta propia en su negocio no agrícola o finca comercial, ya sea como propietario único o en sociedad. Informe el ingreso NETO después de descontar los gastos de negocio.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES Pérdida

c. Intereses, dividendos, ingreso neto por rentas, ingreso por derechos de autor, o ingreso por herencias y fideicomisos. Informe aun cantidades pequeñas acreditadas a una cuenta.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES Pérdida

d. Seguro Social o Retiro Ferroviario.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

e. Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI).

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

f. Cualquier pago de asistencia o bienestar público de la oficina de bienestar estatal o local.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

g. Pensión por retiro, para sobrevivientes, o por incapacidad. NO incluya Seguro Social.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

h. Alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión alimenticia. NO incluya pagos globales, tal como dinero de una herencia o venta de una casa.

Sí → \$.00

No CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES

48

¿Cuál fue el ingreso total de esta persona durante los ÚLTIMOS 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 O \$.00

CANTIDAD TOTAL en los últimos 12 MESES Pérdida



Continúe con las preguntas para la Persona 2 en la próxima página. Si sólo una persona está listada en la página 2, PASE a la página 28 para instrucciones sobre envío por correo.



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 con el franqueo pagado. 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 Estadounidense.

Para Uso de la Oficina del Censo

POP

EDIT

PHONE

JIC1

JIC2

EDIT CLERK

TELEPHONE CLERK

JIC3

JIC4

La Oficina del Censo estima que, al hogar típico, le tomará 38 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, 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. 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.

Form ACS-1(INFO)(2008)(SP)KFI (06-16-2008)

