



# LA Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**6** ¿Dónde nació usted?

- En los Estados Unidos – Escriba en letra de molde el nombre del estado.

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

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

- Sí, nació en Puerto Rico → PASE a la pregunta 9a
- Sí, nació en los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o las Islas Marianas del Norte
- Sí, nació en el extranjero de padre o madre que es ciudadano(a) de los EE.UU.
- Sí, es ciudadano(a) de los Estados Unidos por naturalización. Escriba el año de naturalización ↘

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

**8** ¿Cuándo vino usted a vivir a Puerto Rico? Escriba los números en las casillas.

Año

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

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

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

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

- Estudios universitarios al nivel de bachillerato (freshman a senior)
- Escuela graduada o profesional más allá de un bachillerato universitario (por ejemplo, un programa de Maestría o Doctorado o una escuela de medicina o leyes)



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



**NO HA COMPLETADO NINGÚN GRADO**

- No ha completado ningún grado

**PRE-ESCOLAR O PRE-KINDER HASTA GRADO 12**

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

- Grado 12, SIN DIPLOMA

**GRADUADO(A) DE ESCUELA SUPERIOR**

- Diploma de escuela superior  
 GED o examen equivalente

**UNIVERSIDAD O ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS**

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

**DESPUÉS DEL TÍTULO DE BACHILLERATO UNIVERSITARIO**

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

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

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


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


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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 14a

- b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

- c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien  
 Bien  
 No bien  
 No habla inglés

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

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

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

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

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


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

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

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

Código Postal

- 15** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del Programa de Asistencia Nutricional o una tarjeta del Programa de Asistencia Nutricional? NO incluya WIC o el Programa Nacional de Almuerzos Escolares.

- Sí  
 No

- 16** ¿Tiene usted cobertura ACTUALMENTE 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 empleador o sindicato (union), 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, la Reforma de Salud o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Administración de Veteranos (VA) (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado 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"/> |



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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí  
 No

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

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

- Sí  
 No

**20** ¿Cuál es su estado civil?

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

**21** En los PASADOS 12 MESES, usted –

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

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

- Una vez  
 Dos veces  
 Tres veces o más

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

Año

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

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 26

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 26

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

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

**26** ¿Ha estado usted alguna vez en 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

**27** ¿Cuándo estuvo usted en servicio 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

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

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

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

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



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

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

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 35a

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

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

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

b. Nombre de la ciudad, pueblo, oficina 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 municipio en Puerto Rico o condado de los Estados Unidos

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

f. Código Postal

**31** ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Si usualmente utilizó más de un medio de transportación durante el viaje, marque (X) la casilla correspondiente al que utilizó por más distancia.  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"/> Carro público              | <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 39a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry)             | <input type="checkbox"/> Otro método  |

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

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

Persona(s)

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

Hora Minutos

 : 

a.m.

p.m.

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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 35c  
 No

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

- Sí, de vacaciones, enfermedad temporera, licencia por maternidad, otras razones personales o relacionadas con la familia, mal tiempo, etc. → PASE a la pregunta 38  
 No → PASE a la pregunta 36

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

- Sí → PASE a la pregunta 37  
 No

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

- Sí  
 No → PASE a la pregunta 38

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

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

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

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 40  
 No

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

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

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



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

#### 41-46 ACTIVIDAD DE TRABAJO ACTUAL O LA MÁS RECIENTE

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

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



- empleado(a) de una empresa o un negocio PRIVADO CON FINES DE LUCRO o de un individuo 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, municipio, etc.)?
- empleado(a) del GOBIERNO estatal?
- empleado(a) del GOBIERNO federal?
- empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca NO INCORPORADA?
- empleado(a) POR CUENTA PROPIA en su negocio, práctica profesional o finca INCORPORADA?
- trabajador SIN PAGA en un negocio o finca de la familia?

**42** ¿Para quién trabajaba usted?

Si está ahora en servicio activo en las Fuerzas Armadas, marque (X) esta casilla →   
y escriba en letra de molde el nombre de la rama de las Fuerzas Armadas.

Nombre de la compañía, negocio u otro patrono

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

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

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

**45** ¿Qué tipo de trabajo hacía usted?

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

**46** ¿Cuáles eran sus actividades o 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)

**47** INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Marque (X) la casilla "Sí" por cada tipo de ingreso que recibió y anote el mejor estimado de la CANTIDAD TOTAL recibida durante los ÚLTIMOS 12 MESES.

(NOTA: Los "últimos 12 meses" es el período desde la fecha de hoy hace un año hasta hoy.)

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

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

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

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

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

Cantidad total – Dólares

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

Pérdida

No

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

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

Pérdida

No

**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

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

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

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

No

**h.** ¿Tuvo usted alguna otra fuente de ingreso recibido regularmente, tal como pagos de la Administración de Veteranos (VA), compensación por desempleo, pensión para hijos menores o pensión anticipatoria en los PASADOS 12 MESES? NO incluya pagos globales, tales como dinero de una herencia o de la venta de una casa.

Sí → ¿Cuál fue la cantidad?

Cantidad total – Dólares

No

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

Cantidad total – Dólares

Pérdida

Ninguno Ó



**I Muchas gracias** por su participación.

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

COPIA DE INFORMACIÓN

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

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

