



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

THE Puerto Rico Community Survey

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

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

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

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

For more information about the Puerto Rico Community Survey, visit our website at: www.census.gov/acs.

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

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

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

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

CENSUS USE ONLY

How was this form completed?

English

Spanish

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

FORM **ACS-1(GQ)(PR)(2008)**
(08-22-2007)

OMB No. 0607-0810



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

Last Name

First Name

MI

Area Code + Telephone Number

 -

Today's Date

Month Day Year

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

Male Female

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

Print numbers in boxes.

Age (in years) Month Day Year of birth

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

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

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

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

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

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

- Some other race – Print race. ↴

6 **Where were you born?**

- In the United States – Print name of state.

- Outside the United States – Print Puerto Rico or name of foreign country, or U.S. Virgin Islands, Guam, etc.

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

- Yes, born in Puerto Rico → SKIP to question 9a
- Yes, born in a U.S. State, District of Columbia, Guam, the U.S. Virgin Islands, or Northern Marianas
- Yes, born abroad of U.S. citizen parent or parents
- Yes, U.S. citizen by naturalization – Print year of naturalization ↴

- No, not a U.S. citizen

8 **When did you come to live in Puerto Rico?** Print numbers in boxes.

Year

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

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

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

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

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



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



NO SCHOOLING COMPLETED

- No schooling completed

NURSERY OR PRESCHOOL THROUGH GRADE 12

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

- 12th grade – NO DIPLOMA

HIGH SCHOOL GRADUATE

- Regular high school diploma
 GED or alternative credential

COLLEGE OR SOME COLLEGE

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

AFTER BACHELOR'S DEGREE

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

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

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

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

- Yes
 No → SKIP to question 13a

b. What is this language?

For example: Korean, Italian, Spanish, Vietnamese

c. How well do you speak English?

- Very well
 Well
 Not well
 Not at all

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

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

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

b. Where did you live 1 year ago?

Address (Number and street name)

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

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

Puerto Rico or Name of U.S. state

ZIP Code

- 14** IN THE PAST 12 MONTHS, did you receive Nutritional Assistance Program benefits or a Nutritional Assistance Program benefit card?

- Yes
 No

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

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



16 a. Are you deaf or do you have serious difficulty hearing?

- Yes
 No

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

- Yes
 No

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

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

- Yes
 No

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

- Yes
 No

c. Do you have difficulty dressing or bathing?

- Yes
 No

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

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

- Yes
 No

19 What is your marital status?

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

20 In the PAST 12 MONTHS did you get:

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

21 How many times have you been married?

- Once
 Two times
 Three or more times

22 In what year did you last get married?

Year

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

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

- Yes
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 25

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

- Yes
 No → SKIP to question 25

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

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

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

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

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

- September 2001 or later
 August 1990 to August 2001 (including Persian Gulf War)
 September 1980 to July 1990
 May 1975 to August 1980
 Vietnam era (August 1964 to April 1975)
 March 1961 to July 1964
 February 1955 to February 1961
 Korean War (July 1950 to January 1955)
 January 1947 to June 1950
 World War II (December 1941 to December 1946)
 November 1941 or earlier

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

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

b. What is your service-connected disability rating?

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



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

- Yes → SKIP to question 29
 No – Did not work (or retired)

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

- Yes
 No → SKIP to question 34a

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

- a. Address (Number and street name)**

If the exact address is not known, give a description of the location such as the building name or the nearest street or intersection.

- b. Name of city, town, post office, military installation, or base**

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

- Yes
 No, outside the city/town limits

- d. Name of municipio or U.S. county**

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

- f. ZIP code**

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Car, truck, or van | <input type="checkbox"/> Motorcycle |
| <input type="checkbox"/> Bus or trolley bus | <input type="checkbox"/> Bicycle |
| <input type="checkbox"/> Carro público | <input type="checkbox"/> Walked |
| <input type="checkbox"/> Subway or elevated | <input type="checkbox"/> Worked at this address → SKIP to question 38a |
| <input type="checkbox"/> Railroad | <input type="checkbox"/> Other method |
| <input type="checkbox"/> Ferryboat | |
| <input type="checkbox"/> Taxicab | |

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

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

Person(s)

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

Hour Minute

 :

- a.m.
 p.m.

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

Minutes

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

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

- Yes → SKIP to question 34c
 No

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

- Yes, on vacation, temporary illness, maternity leave, other family/personal reasons, bad weather, etc. → SKIP to question 37
 No → SKIP to question 35

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

- Yes → SKIP to question 36
 No

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

- Yes
 No → SKIP to question 37

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

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

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

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

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

- Yes → SKIP to question 39
 No

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

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

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

Usual hours worked each WEEK



H Thank you very much for your participation.

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

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

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



CENSUS USE ONLY

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

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

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

- By personal interview
 By telephone interview
 By self-response
 By combination of methods
 Don't know

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

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

Final Outcome Codes		Reason (code 219 or 243):
Interview	Noninterview	
Mark (X) ONE of the codes below to indicate the final outcome of the case. If code 219 or 243 is marked, explain reason in the space provided.		
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Out of scope —————→	<input type="checkbox"/> 243	
Other – <i>Specify</i> —————→	<input type="checkbox"/> ____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 / /


CENSUS USE ONLY

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

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

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

- Por medio de una entrevista en persona
 Por medio de una entrevista por teléfono
 Por auto-respuesta
 Por una combinación de métodos
 No sabe

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

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

Códigos de Resultado Final		Razón (código 219 ó 243):
Marque (X) UNO de los códigos a continuación para indicar el resultado final del caso. Si se marcó el código 219 ó 243, explique la razón en el espacio a continuación.		
Interview	Noninterview	
<input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 203	<input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 241	
Fuera de la muestra →	<input type="checkbox"/> 243	
Otra, especifique →	<input type="checkbox"/> _____	

I have reviewed the questionnaire for completeness.

FR's name

FR's code

Date of interview

 / /


H Muchas gracias por su participación.

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

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

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



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

40–45 ACTIVIDAD DE TRABAJO ACTUAL O LA MÁS RECIENTE

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.

40 ¿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?

41 ¿Para quién trabajaba usted?

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

Nombre de la compañía, negocio u otro patrono

42 ¿Qué tipo de negocio o industria era éste(a)? 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)

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

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

44 ¿Qué tipo de trabajo hacía usted?

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

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

46 INGRESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

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

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

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

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

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

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

Cantidad total – Dólares

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

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

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 alimenticia 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

47 ¿Cuál fue su ingreso total en los PASADOS 12 MESES? Sume las cantidades anotadas en las preguntas 46a–46h; reste cualquier pérdida. Si el ingreso neto fue una pérdida, anote la cantidad y marque (X) la casilla "Pérdida" al lado de la cantidad.

Cantidad total – Dólares

Ninguno ó

Pérdida



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

- Sí → PASE a la pregunta 29
 No – No trabajó (o está retirada)

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 34a

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

a. Dirección – Nombre de urbanización o condominio

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 o condado de los Estados Unidos

e. Anote Puerto Rico o nombre del estado de los EE.UU. o país extranjero

f. Código Postal

30 ¿Cómo llegó usualmente usted al trabajo LA SEMANA PASADA? Si usualmente utilizó más de un medio de 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 38a |
| <input type="checkbox"/> Lancha (ferry) | <input type="checkbox"/> Otro método |

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

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

Persona(s)

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

Hora Minutos

 :

- a.m.
 p.m.

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

Minutos

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

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

- Sí → PASE a la pregunta 34c
 No

b. LA SEMANA PASADA, ¿estuvo usted ausente 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 37
 No → PASE a la pregunta 35

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

- Sí → PASE a la pregunta 36
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 37

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

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

37 ¿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 **G**
 Hace más de 5 años o nunca trabajó → PASE a la pregunta 46

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

- Sí → PASE a la pregunta 39
 No

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

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

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

Horas usualmente trabajadas cada SEMANA



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

- Sí
 No

b. ¿Es usted ciego(a) o tiene una dificultad seria para ver, incluso cuando lleva puestos espejuelos/anteojos?

- Sí
 No

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

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No

c. ¿Tiene usted dificultad para vestirse o bañarse?

- Sí
 No

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

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

- Sí
 No

19 ¿Cuál es su estado civil?

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

20 En los PASADOS 12 MESES, usted:

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

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

- Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más

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

Año

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

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

- Sí
 No

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

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


- Sí
 No → PASE a la pregunta 25

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

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

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

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

26 ¿Cuándo estuvo usted en servicio 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.  **D**

- Septiembre del 2001 ó después
 Agosto del 1990 a agosto del 2001 (incluyendo la Guerra del Golfo Pérsico)
 Septiembre del 1980 a julio del 1990
 Mayo del 1975 a agosto del 1980
 Época de Vietnam (agosto del 1964 a abril del 1975)
 Marzo del 1961 a julio del 1964
 Febrero del 1955 a febrero del 1961
 La Guerra de Corea (julio del 1950 a enero del 1955)
 Enero del 1947 a junio del 1950
 Segunda Guerra Mundial (diciembre del 1941 a diciembre del 1946)
 Noviembre del 1941 ó antes

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

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

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



- 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

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

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 universitario (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
 Título de doctorado (por ejemplo: PhD, EdD)

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

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

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

- Sí
 No → PASE a la pregunta 14

- b. ¿Qué idioma es ese?

Por ejemplo: coreano, italiano, español, vietnamés

- c. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien
 Bien
 No bien
 No habla inglés

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

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

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

- b. ¿Dónde vivía usted hace 1 año?

Dirección (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

Puerto Rico o el nombre del estado de los Estados Unidos

Código Postal

- 14** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿recibió usted beneficios del Programa de Asistencia Nutricional o una tarjeta del Programa de Asistencia Nutricional?

- Sí
 No

- 15** ¿Está usted ACTUALMENTE cubierto(a) por cualquiera de los siguientes planes de seguro de salud? Marque "Sí" o "No" para CADA tipo de cobertura en las respuestas a-h.

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro a través de su patrono o sindicato, actual o previo, (de esta persona o de cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro adquirido directamente de una compañía de seguro (por esta persona o por cualquier otro miembro de la familia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o personas con ciertos impedimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medical Assistance o cualquier otro tipo de plan de asistencia gubernamental para esas personas con un ingreso bajo o incapacidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. TRICARE o cualquier otro seguro médico militar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. VA (incluye a esas personas que alguna vez hayan usado o se hayan registrado en el sistema de cuidado médico de la VA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Servicio de Salud Indio (Indian Health Service) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro o plan médico – Especifique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



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

Apellido

Nombre

Inicial

Código de área y número de teléfono

 -

Fecha

Mes Día Año

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

Masculino Femenino

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

Escriba los números en las casillas.

Edad (en años) Mes Día Año de nacimiento

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

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

A

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

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

B

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

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

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

6 ¿Dónde nació usted?

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

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

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

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

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

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

Año

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

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

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

- Guardería infantil (nursery school), prekindergarten
- Kindergarten
- Grado 1 al 12 – Especifique grado 1-12 ↴

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





LA Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico

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

**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 website at: www.census.gov/acs.

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

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

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

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

USCENSUSBUREAU

FORM **ACS-1(GQ)(PR)(2008)**
(08-22-2007)

OMB No. 0607-0810

