

1. Datos de identificación de la sección

Provincia _____	_
Nº de orden de la sección _____	_ _ _ _ _ _ _
Municipio _____	
Distrito/sección _____	
Grupo de semanas _____	

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda _____ |_|

Nº de hogar dentro de la vivienda _____ |_|

3. Identificación del informante

Nombre y número de orden del informante _____ |_|

4. Complemento a la identificación

Nº de personas del hogar de 6 y más años _____ |_|

Nº de niños del hogar menores de 6 años _____ |_|

Cuestionarios de Discapacidades y Deficiencias, **teóricos**: nº de personas del hogar de 6 y más años que padecen alguna discapacidad _____ |_|

Cuestionarios de Limitaciones y Deficiencias, **teóricos**: nº de niños del hogar menores de 6 años que padecen alguna limitación _____ |_|

Cuestionarios de Discapacidades y Deficiencias, **recogidos** _____ |_|

Cuestionarios de Limitaciones y Deficiencias, **recogidos** _____ |_|

Cuestionario de Salud (1 recogido, 6 no recogido) _____ |_|

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud es una investigación estadística a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre las características y situación de las personas con discapacidad que residen en hogares privados.

Legislación

Secreto Estadístico. Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico, los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (Art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de Mayo de 1989. LFEP). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP).

Obligación de facilitar los datos. Esta encuesta forma parte del Plan Estadístico Nacional y por ello, de acuerdo con la Ley 13/1996 este cuestionario tiene el carácter de obligatorio, excepto los apartados 7, 8 y 9.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas, nacionales y extranjeras, residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos. (Art. 10.2 de la LFEP).

5. Composición del hogar

Entrevistador: Se considera que forma un hogar el grupo de personas que **ocupan habitualmente** la vivienda familiar y consumen y/o comparten alimentos u otros bienes con **cargo a un mismo presupuesto**.

Por tanto, si la vivienda está ocupada por dos o más grupos humanos con **presupuestos diferenciados** (vivienda con realquilados o compartida por grupos de personas con economías independientes), considere que **cada uno** de estos grupos forma un **hogar**, y abra un Cuestionario de Hogar para cada uno de ellos.

5.1. Identificación de los miembros del hogar presentes o ausentes

• Pregunte qué personas presentes o ausentes **ocupan** la vivienda con este hogar y relaciónelas en la **columna 1**. **No incluya** las personas empleadas en el hogar ni los huéspedes, si los hubiere.

• Cumplimente para todas las personas relacionadas las **restantes columnas** de esta tabla, determinando así si son o no miembros del hogar.

• Para cumplimentar la columna 5 consulte las normas de identificación de los miembros del hogar que figuran a pie de tabla.

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
Nombre	¿Reside (o piensa residir) la mayor parte del año en la vivienda con este hogar?	Reside en: 1. Otra vivienda familiar y piensa regresar al hogar 2. En un establecimiento colectivo y piensa regresar al hogar antes de un año 3. En un establecimiento colectivo y no piensa regresar al hogar al menos en un año	¿Participa del presupuesto del hogar?	¿Resulta ser miembro del hogar? Consulte las normas que figuran a pie de tabla (1)
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN

5.1. Identificación de los miembros del hogar presentes o ausentes (Continuación)

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
Nombre	¿Reside (o piensa residir) la mayor parte del año en la vivienda con este hogar?	Reside en: 1. Otra vivienda familiar y piensa regresar al hogar 2. En un establecimiento colectivo y piensa regresar al hogar antes de un año 3. En un establecimiento colectivo y no piensa regresar al hogar al menos en un año	¿Participa del presupuesto del hogar?	¿Resulta ser miembro del hogar? Consulte las normas que figuran a pie de tabla (1)
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	SI <input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN

(1) Normas de identificación de los miembros del hogar

Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
SI		SI	Miembro del hogar
SI		NO	No miembro del hogar
NO	1 ó 2	SI	Miembro del hogar
NO	3	SI	No miembro del hogar
NO		NO	No miembro del hogar

Columna 2 **SI** y columna 4 **NO**, incluye aquellas personas mal clasificadas por error, ya que o son miembros de otro hogar dentro de la vivienda, o son empleados en el hogar o huéspedes residentes.

Columna 2 **NO**, columna 3 código 1 ó 2 y columna 4 **SI**, incluye los miembros del hogar, ausentes por estudios, trabajo, etc.

Caso especial: Las personas que residen en varios hogares pero en ninguno de ellos la mayor parte del año, se consideran **miembros** del hogar en que residan en el momento de la encuesta

5.2. Identificación del sustentador principal

Dígame el nombre del **miembro del hogar** que **más aporta periódicamente al presupuesto del hogar**.

Si la persona que más aporta al presupuesto no ha resultado ser miembro del hogar, indique el nombre del miembro del hogar al que van dirigidas las transferencias monetarias enviadas por la persona que aporta mayores ingresos.

Don/Dña. _____

5.3. Identificación de las personas residentes empleadas en el hogar y de los huéspedes fijos.

•Pregunte si hay en el hogar **personas empleadas** (servicio doméstico, cuidadores, chóferes, etc.) residentes o no en la vivienda o **huéspedes** en número inferior a 6 (**5 o menos**), y en caso afirmativo relacione a estas personas en la **columna 1**. Si el número de huéspedes residentes en el hogar es superior a 5 (**6 o más**) **no** los relacione en la columna 1.

•Cumplimente para las personas relacionadas en la columna 1, las columnas 2, 3 y 4 de esta tabla, determinando así si son o no residentes en el hogar.

Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
Nombre	Es: 1. Persona empleada en el hogar (residente o no) 2. Huésped	Sólo para huéspedes ¿Participa del presupuesto de otro hogar? (por ejemplo estudiantes)	¿Reside (o piensa residir) la mayor parte del año en la vivienda con este hogar?
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 → persona residente NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 → persona residente NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 → persona residente NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 → persona residente <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 → persona residente NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN
	<input type="checkbox"/> 1 → pasar a columna 4 <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 1 → FIN NO <input type="checkbox"/> 6	SI <input type="checkbox"/> 1 → persona residente NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN

5.4. Resumen de la composición del hogar y relación del número de huéspedes (6 o más)

Hogar formado sólo por miembros del hogar _____ 1

Hogar formado por miembros del hogar, personas empleadas y/o huéspedes (5 o menos) _____ 2

Hogar formado por miembros del hogar, personas empleadas y/o huéspedes (6 o más) que no participan del presupuesto de otro hogar _____ 3 → n° de huéspedes

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar

Entrevistador: Transcriba del Apartado 5, el nombre de las personas que han resultado ser **miembros del hogar** (Tabla 5.1) u otras **personas residentes en el hogar** (Tabla 5.3), anotando siempre en primer lugar al **sustentador principal** del hogar (asignándole el número de orden 01). Cumplimente para todas ellas los datos de esta tabla persona a persona, es decir, siguiendo una secuencia vertical.

0

Nombre y n° de orden de los miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° orden	N° orden	N° orden	N° orden
1. Fecha de nacimiento/edad				
1. Mes _____	____	____	____	____
2. Año _____	____	____	____	____
3. Edad _____	____	____	____	____
2. Sexo				
1. Varón _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Mujer _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3. Nacionalidad				
1. Español _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Extranjero _____ Anote código (1)	<input type="checkbox"/> 6 → ____	<input type="checkbox"/> 6 → ____	<input type="checkbox"/> 6 → ____	<input type="checkbox"/> 6 → ____
4. Estado civil				
1. Soltero _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Casado _____	<input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6	<input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6	<input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6	<input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6
3. Viudo _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Separado legalmente _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Divorciado _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
5. Aunque no se encuentre casado, ¿vive actualmente en pareja?				
1. SI _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. NO _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
6. Relación de parentesco con el sustentador principal. Anote código (2)	____	____	____	____
7. Entrevistador: ¿Tiene la persona 10 o más años?				
1. SI _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. NO _____	<input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16

(1) Códigos de nacionalidad extranjera

1. Un país de la Unión Europea
2. Otro país de Europa
3. Canadá o EE.UU
4. Otro país de América
5. Un país de Asia
6. Un país de África
7. Un país de Oceanía

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar

0

Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
N° orden	N° orden	N° orden	N° orden	N° orden	N° orden
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 →
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 → pasar a 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16

(2) Códigos de relación de parentesco

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 01. Sustentador principal 02. Cónyuge o pareja del sustentador principal 03. Hijo/a del sustentador principal y/o de su cónyuge o pareja 04. Nuera o yerno del sustentador principal y/o de su cónyuge o pareja 05. Padre o madre del sustentador principal 06. Padre o madre del cónyuge o pareja del sustentador principal 07. Hermano/a del sustentador principal 08. Hermano/a del cónyuge o pareja del sustentador principal | <ul style="list-style-type: none"> 09. Nieto/a del sustentador principal y/o de su cónyuge o pareja 10. Abuelo/a del sustentador principal y/o de su cónyuge o pareja 11. Otro pariente del sustentador principal 12. Otro pariente del cónyuge o pareja del sustentador principal 13. Personas residentes empleadas en el hogar 14. Huéspedes 15. Otro tipo de relación |
|--|---|

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar (Continuación)

0

Nombre y n° de orden de los miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>
8. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios terminados de enseñanza general y formación profesional? 1. Analfabeto por problemas físicos o psíquicos _____ <input type="checkbox"/> 1 } → pasar a 10 2. Analfabeto por otras razones _____ <input type="checkbox"/> 2 } 3. Sin estudios _____ <input type="checkbox"/> 3 4. Estudios primarios o equivalentes _____ <input type="checkbox"/> 4 5. Enseñanza general secundaria, 1er ciclo _____ <input type="checkbox"/> 5 6. Enseñanza Profesional de 2° grado, 2° ciclo _____ <input type="checkbox"/> 6 7. Enseñanza general secundaria, 2° ciclo _____ <input type="checkbox"/> 7 8. Enseñanzas profesionales superiores _____ <input type="checkbox"/> 8 9. Estudios universitarios o equivalentes _____ <input type="checkbox"/> 9				
9. ¿En qué tipo de centro los cursó? 1. Centro en régimen ordinario sin apoyo especial _____ <input type="checkbox"/> 1 2. Centro en régimen ordinario con apoyo especial _____ <input type="checkbox"/> 2 3. Centro de Educación Especial _____ <input type="checkbox"/> 3				
10. Entrevistador: ¿Tiene la persona 16 o más años? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 16				
11. ¿Ha realizado algún curso de Formación Profesional Ocupacional? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6				

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar (Continuación)

0

Nombre y n° de orden de los miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>
12. En la relación con la actividad económica, ¿en qué situación de las siguientes se encontraba la semana pasada? (pueden señalarse varias opciones)				
1. Trabajando _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Con empleo pero temporalmente ausente _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Parado que busca su 1er empleo _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Parado que ha trabajado antes _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Incapacitado para trabajar _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Percibiendo una pensión contributiva de invalidez _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Percibiendo una pensión no contributiva de invalidez _____	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Jubilado por edad o percibiendo una pensión contributiva de jubilación _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Cursando algún estudio _____	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
10. Dedicado a las labores del hogar (actividad no económica) _____	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
11. Dedicado al voluntariado _____	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
12. Otra situación _____	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12

Entrevistador:

Si figuran cumplimentadas las opciones 1 ó 2 (exclusivamente o con otras opciones) continúe con la pregunta 13.
Si figuran sólo cumplimentadas alguna o varias de las opciones 3 a 12 pase a la pregunta 16.

13. En relación con su empleo principal durante la última semana ¿cuál es su situación profesional?				
1. Empleador _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Empresario sin asalariados o trabajador independiente _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Ayuda familiar _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Asalariado del sector público _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Asalariado del sector privado _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
14. En relación con su empleo principal durante la última semana, ¿cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña? (consulte la tarjeta 1 y anote el código que proceda)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. En relación con su empleo principal durante la última semana, ¿cuál es el sector de actividad del establecimiento en que trabaja? (consulte la tarjeta 2 y anote el código que proceda)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar (Continuación)

0

Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
N° orden	N° orden	N° orden	N° orden	N° orden	N° orden
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar (Continuación)

Nombre y n° de orden de los miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
	N° orden		N° orden		N° orden		N° orden	
16. ¿Qué tipo o tipos de cobertura sanitaria posee como titular o beneficiario?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. Régimen de Seguridad Social con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Régimen de Mutualidad Pública (MUFACE, ISFAS, MUNPAL) con asistencia sanitaria prestada por sí misma, o por contrato con sociedades privadas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Régimen de Mutualidad de afiliación colectiva de carácter obligatorio (ONCE, Telefónica, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Mutualidad de afiliación privada o entidades de asistencia sanitaria libre, de afiliación voluntaria, individual o colectiva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Otras formas de cobertura mediante pago de cuotas periódicas que permitan utilizar algún tipo de asistencia sanitaria (igualada médica, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Sin régimen de cotización alguna pero con asistencia sanitaria prestada por alguna ONG _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
17. ¿Utiliza habitualmente servicios sanitarios cuyo pago no esté cubierto por seguro médico alguno?								
1. SI _____	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	
6. NO _____	<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6	
18. Situación de residencia								
1. Presente _____	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	
6. Temporalmente ausente _____	<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6	
19. Debido al padecimiento de alguna discapacidad, problema o enfermedad ¿alguna persona del hogar dispone del certificado de minusválido expedido por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o el órgano correspondiente de las CC.AA.?								
1. SI _____	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 1	
6. NO _____	<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6		<input type="checkbox"/> 6	

7. Situación de residencia en determinados establecimientos colectivos de las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar

Entrevistador: Este apartado se dirige a las personas del hogar actualmente presentes o ausentes que **han estado** internadas al menos 14 días de los últimos 12 meses en un establecimiento colectivo de los que se relacionan a pie de página, o lo **están en la actualidad** y tienen previsto que la duración total del internamiento sea, al menos, de 14 días.

7.1. ¿Algún miembro del hogar u otro residente en el hogar ha estado internado al menos 14 días de los últimos 12 meses en algún establecimiento colectivo de los que se relacionan, o lo está en la actualidad y tiene previsto que la duración total del internamiento sea, al menos, de 14 días?.

Consulte la lista de establecimientos colectivos que figura a pie de página y léaselos al informante.

SI _____ 1

NO _____ 6 → pasar al apartado 8

7.2. Características de los internamientos de los miembros del hogar u otros residentes en el hogar, en determinados establecimientos colectivos

• Considere cada período de internamiento independientemente y contabilice a cada persona del hogar tantas veces como períodos haya estado internada, anotando su número de orden y las restantes características solicitadas.

• Cumplimente la columna 4 para los internamientos que ya han finalizado y la columna 5 para los internamientos que no han finalizado en la actualidad

	1	2	3		4			5		
	Nº de orden de la persona del hogar	Tipo de establecimiento (1)	Fecha de ingreso		Duración total del internamiento (finalizado) (2)			Duración esperada del internamiento (actual) (2)		
			año	mes	años	meses	días	años	meses	días
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Códigos del tipo de establecimientos colectivos

1. Geriátricos, hospitales para enfermos crónicos y otros hospitales de larga estancia (excepto psiquiátricos).
2. Hospitales psiquiátricos de larga estancia.
3. Instituciones para personas mayores o ancianas
4. Instituciones para las personas con discapacidades.
5. Otros establecimientos colectivos de asistencia social: albergues para los desvalidos o marginados sociales; instituciones de asistencia social a la infancia, juventud, adultos, etc.

(2) Duración del internamiento

Cumplimente sólo las casillas que proceda: Para internamientos de duración inferior a un año, pero superior a un mes, cumplimente sólo las casillas correspondientes a meses y para internamientos de duración inferior a un mes, sólo las correspondientes a días.

8. Discapacidades que padecen en la actualidad las personas del hogar de 6 y más años: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar

Entrevistador: Este apartado se dirige a detectar las discapacidades que padecen en la **actualidad** las personas del hogar de 6 y más años, siempre que su **duración total** (tiempo que se lleva padeciendo y/o se espera padecer) sea **superior a un año**. Se Incluyen también las discapacidades **superadas con el uso de alguna ayuda técnica externa** (audífonos, bastones, muletas, oxígeno, etc.), **excepto** las de la visión (miopía, astigmatismo, etc.) que si se superan con gafas o lentillas, no deben incluirse.

Para ello indique al informante, que algunas personas padecen limitaciones o dificultades (discapacidades) graves o importantes para realizar actividades de la vida cotidiana, tales como ver, oír, desplazarse, cuidar de sí mismas, etc., y **pregúntele si las personas del hogar padecen alguna/s de las discapacidades** que se relacionan en la siguiente tabla, **leyéndoselas una por una**.

- Recuerde al cumplimentar la tabla, que para incluir en la misma a una persona, el período total de padecimiento de su discapacidad (tiempo que la lleva padeciendo y/o espera padecerla en el futuro) debe ser **superior a 1 año**.
- Recuerde asimismo que las personas que no sufren dificultades o problemas porque utilizan alguna ayuda técnica externa (por ejemplo personas que no tienen dificultades para oír llevando un audífono), pero que tendrían dificultades importantes si no dispusieran de dicha ayuda técnica, se considera que **sí padecen la discapacidad** correspondiente.
- Cuando detecte que alguna persona del hogar (o varias) padece alguna/s discapacidad/es (por ejemplo, la 5.2, levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentada), amplíele la información que precise relacionada con cada problema detectado, consultando la Tarjeta B (en este ejemplo, léale el contenido completo de las discapacidades relacionadas con el problema de **Desplazarse**), y para cada **discapacidad padecida** marque un aspa en **SI** y anote el **número de orden** de la/s persona/s que la padece/n. En caso contrario marque un aspa en **NO**.

Tabla de discapacidades que padecen en la actualidad las personas del hogar de 6 y más años, cuya duración total (tiempo que se lleva padeciendo y/o que se espera padecer) sea superior a 1 año

Discapacidades	¿Padece la discapacidad?
Ver	Número de orden
1.1 Percibir cualquier imagen _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
1.2 Para tareas visuales de conjunto _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
1.3 Para tareas visuales de detalle _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
1.4 Otros problemas de visión _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
Oír	
2.1 Para recibir cualquier sonido _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
2.2 Para la audición de sonidos fuertes _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
2.3 Para escuchar el habla _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
Comunicarse	
3.1 Comunicarse a través del habla _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
3.2 Comunicarse a través de lenguajes alternativos _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
3.3 Comunicarse a través de gestos no signados _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>
3.4 Comunicarse a través de la escritura-lectura convencional _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	NO <input type="checkbox"/>

Tabla de discapacidades que padecen en la actualidad las personas del hogar de 6 y más años, cuya duración total (tiempo que se lleva padeciendo y/o que se espera padecer) sea superior a 1 año
(Continuación)

Discapacidades	¿Padece la discapacidad?
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas (sólo funciones mentales)	
4.1 Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y en el tiempo _____	Número de orden SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
4.2 Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
4.3 Entender y ejecutar órdenes sencillas y/o realizar tareas sencillas _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
4.4 Entender y ejecutar órdenes complejas y/o realizar tareas complejas _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
Desplazarse	
5.1 Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
5.2 Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
5.3 Desplazarse dentro del hogar _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
Utilizar brazos y manos	
6.1 Trasladar-transportar objetos no muy pesados _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
6.2 Utilizar utensillos y herramientas _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
6.3 Manipular objetos pequeños con manos y dedos _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
Desplazarse fuera del hogar	
7.1 Deambular sin medio de transporte _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
7.2 Desplazarse en transporte público _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
7.3 Conducir vehículo propio _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
Cuidarse de sí mismo	
8.1 Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
8.2 Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
8.3 Vestirse-desvestirse y arreglarse _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
8.4 Comer y beber _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>

Tabla de discapacidades que padecen en la actualidad las personas del hogar de 6 y más años, cuya duración total (tiempo que se lleva padeciendo y/o que se espera padecer) sea superior a 1 año

(Continuación)

Discapacidades	¿Padece la discapacidad?
Realizar las tareas del hogar	Número de orden
9.1 Cuidarse de las compras y controlar los suministros y servicios _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
9.2 Cuidarse de las comidas _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
9.3 Cuidarse de la limpieza y el cuidado de la ropa _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
9.4 Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
9.5 Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
Relacionarse con otras personas	
10.1 Mantener relaciones de cariño con familiares próximos _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
10.2 Hacer nuevos amigos y mantener la amistad _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>
10.3 Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados _____	SI <input type="checkbox"/> → <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="checkbox"/>

8.1. Discapacidades padecidas en la actualidad por las personas del hogar de 6 y más años, cuya duración total (tiempo que se lleva padeciendo y/o que se espera padecer) sea superior a 1 año

Entrevistador:

Si **ninguna** persona del hogar padece discapacidad alguna (todas las respuestas de la tabla anterior son NO), **pase al apartado 9.**

Si **alguna** o **varias** personas del hogar SI padecen alguna o varias discapacidades, **transcriba de la tabla anterior** estas discapacidades, anotando para **cada persona** del hogar, su n° de orden y los códigos de la/s discapacidad/es padecidas, alineándolos a la derecha. Por ejemplo, si una persona padece la discapacidad de desplazarse en transporte público, debe anotar el código 72 en los peines de la derecha. [7, 2]

1 N° de orden de la persona del hogar	2 Códigos de las discapacidades que padece
1 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
2 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
4 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
5 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
6 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
7 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
8 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
9 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
10 [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

8.1 Discapacidades padecidas en la actualidad por las personas del hogar de 6 y más años, cuya duración total (tiempo que se lleva padeciendo y/o que se espera padecer) sea superior a 1 año

2 Códigos de las discapacidades que padece								

9. Limitaciones o dificultades graves o importantes que padecen en la actualidad los niños del hogar menores de 6 años

Entrevistador: Este apartado se dirige a detectar limitaciones o dificultades graves o importantes padecidas por los niños de corta edad.

Para ello consulte el **Apartado 6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar**, y compruebe si hay algún niño cuya edad es inferior a **6 años (0-5)**. En caso **afirmativo**, cumplimente este apartado para cada uno de ellos y si no hay niños menores de 6 años en el hogar, **pase al apartado 10**.

9.1 Limitaciones o dificultades padecidas en la actualidad por los niños menores de 6 años

Entrevistador: Transcriba del **Apartado 6. Datos sobre las personas del hogar: miembros del hogar y otras personas residentes en el hogar**, el nombre y n° de orden de los niños del hogar menores de **6 años (0-5)**. Cumplimente para **todos** ellos los datos de esta tabla persona a persona, es decir, siguiendo una secuencia vertical, consultando la Tarjeta C.

Nombre y n° de orden del menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>
1. En comparación con los demás niños de su edad ¿experimenta retrasos importantes para mantenerse sentado, de pie o empezar a caminar? (consulte nota 1) 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 2. NO _____ <input type="checkbox"/> 2 3. No procede (1) _____ <input type="checkbox"/> 3				
2. En comparación con los demás niños, ¿tiene dificultades importantes para ver? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 4				
3. ¿Es ciego? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6				
4. ¿Tiene la impresión de que el niño tiene dificultades para oír? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6 → pasar a 6				
5. ¿Es sordo total? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6				
6. ¿Tiene dificultades para mover los brazos o tiene alguna debilidad o rigidez en los brazos? 1. SI _____ <input type="checkbox"/> 1 6. NO _____ <input type="checkbox"/> 6				

(1) No procede: Se cumplimentará esta opción cuando la edad del niño sea inferior a la normal para realizar la actividad que se pregunta. Por tanto, **pregunte** qué edad tiene el niño, y tenga en cuenta que las edades normales de las actividades que se relacionan son las siguientes:

Mantenerse sentado: 9 meses
 Mantenerse de pie: 12 meses
 Empezar a caminar: 18 meses

9.1 Limitaciones o dificultades padecidas en la actualidad por los niños menores de 6 años

(Continuación)

Nombre y n° de orden del menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>	N° orden <input type="text"/>
<p>7. ¿Tiene dificultades para caminar o tiene alguna debilidad o rigidez en las piernas?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>8. ¿Tiene a veces ataques, se le pone rígido el cuerpo o pierde el conocimiento?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>9. ¿Tiene dificultades para hacer las cosas como los demás niños de su edad?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>10. En comparación con demás niños de su edad ¿da la impresión de ser lento o estar alicaído?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>11. Sólo para niños mayores de 2 años. Si le dice al niño que haga algo ¿tiene dificultad para comprender órdenes sencillas?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>12. Sólo para niños de 2 a 3 años ¿Tiene dificultad para nombrar por lo menos un objeto (por ejemplo.:un animal,un juguete, una taza, etc.)?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>13. Sólo para niños de 3 a 5 años ¿Acusa alguna diferencia con la forma de hablar de los niños de su edad? (no habla suficientemente claro para que le comprendan personas que no pertenezcan a su entorno)</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6
<p>14. ¿Le ha diagnosticado el médico (o el psicólogo) algún problema o enfermedad serio de duración total superior a un año, por el que necesite cuidados o atenciones especiales?</p> <p>1. SI _____</p> <p>6. NO _____</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: Considere al menor **encuestable**, si se ha respondido **SI** a alguna o varias de las preguntas 1 a 14, y **no encuestable** en caso contrario

15. Es:				
Encuestable _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
No encuestable _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

10. Ingresos monetarios de los miembros del hogar

Entrevistador: En este apartado se recogen **exclusivamente** los ingresos regulares de los **miembros del hogar**. No incluya por tanto los ingresos de las personas residentes empleadas en el hogar ni de los huéspedes fijos.

10.1. ¿Perciben actualmente los miembros de su hogar ingresos monetarios regulares procedentes de las fuentes que se indican?

	SI	NO
1. Trabajo por cuenta propia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Trabajo por cuenta ajena _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Pensiones contributivas (jubilación, invalidez, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Pensiones no contributivas (jubilación, invalidez, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Subsidios y prestaciones de desempleo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Prestaciones por hijo a cargo _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Otros subsidios y prestaciones sociales regulares (salario de inserción social, ayudas a la familia, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Rentas de la propiedad y del capital (alquileres, dividendos, intereses, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Otros ingresos regulares _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: consulte las respuestas dadas en la pregunta 10.1

Si todas las respuestas son NO → pase al apartado 11

Si hay una única respuesta con SI → pase a la pregunta 10.3

Si hay más de una respuesta con SI → pase a la pregunta 10.2

10.2. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos monetarios regulares del hogar?

Escriba en el espacio reservado la fuente principal de ingresos del hogar y anote en la casilla que figura a continuación, el número asignado a esa fuente principal en la pregunta 10.1.

Fuente principal _____

10.3. ¿Cuál es el importe mensual de estos ingresos totales del hogar, sumando todas las fuentes (si existe más de una) y deduciendo las retenciones a cuenta por impuestos, cotizaciones sociales y otros pagos asimilados?. Indique en qué intervalo están comprendidos estos ingresos

• Anote el intervalo correspondiente al **importe total** de los ingresos mensuales netos relacionados en la pregunta 10.1. Deberá contabilizar la **suma** de los ingresos regulares percibidos por todos los **miembros del hogar** en la actualidad, aporten o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar.

• En el cómputo del importe de estos ingresos mensuales tendrá en cuenta que:

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta ajena**, debe sumar al importe mensual, el prorrateo de los ingresos regulares que **no** tengan periodicidad mensual (pagos extraordinarios, prestaciones sociales regulares y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente).

- Para los ingresos de **trabajo por cuenta propia**, debe descontar del importe de los ingresos mensuales los gastos deducibles.

Hasta 44.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 1
De 44.001 a 65.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 2
De 65.001 a 130.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 3
De 130.001 a 195.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 4
De 195.001 a 260.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 5
De 260.001 a 325.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 6
De 325.001 a 390.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 7
De 390.001 a 650.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 8
Más de 650.000 ptas _____	<input type="checkbox"/> 9

11. Prestaciones sociales extraordinarias netas, percibidas por los miembros del hogar y ayudas procedentes del sistema público de protección social

Entrevistador: En este apartado se recogen los ingresos monetarios procedentes de **prestaciones sociales anuales extraordinarias**, es decir, aquellas que no tienen carácter periódico para el hogar (subsidios a la natalidad, nupcialidad, indemnizaciones, ayudas para pagos sanitarios, ayudas al estudio diferentes de becas, etc.) y también las **ayudas monetarias procedentes del sistema público de protección social** que se reciben en el contexto del hogar (subsidios de asistencia a familias desvalidas o sin techo, emigrantes, refugiados, etc.)

Incluya **exclusivamente** las prestaciones extraordinarias netas y las ayudas a los **miembros del hogar**, es decir, no incluya las percibidas por las personas residentes empleadas en el hogar ni por los huéspedes hijos.

11.1. ¿Obtuvo el hogar durante 1998 alguna prestación social anual extraordinaria o alguna ayuda procedente del sistema público de protección social?

SI _____ 1

NO _____ 6 → FIN

11.2. ¿Cuál fue el importe anual neto de estos ingresos? (si no conoce la cifra exacta, dé una aproximación)

Entrevistador: Deberá contabilizar la **suma** de todas las prestaciones sociales extraordinarias percibidas individualmente por cada uno de los miembros del hogar, y las ayudas recibidas en el contexto del hogar.

Importe anual neto _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Entrevistador: Tenga en cuenta que cuando finalice **todos los cuestionarios** de este hogar, deberá cumplimentar los datos del recuadro 4. **Complemento a la identificación** que figura en la portada de **este cuestionario**.

Observaciones

Entrevistador: Anote cuantas observaciones estime oportunas sobre este cuestionario.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....