

Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

Cuestionario de Discapacidades y Deficiencias

Personas de 6 y más años

1. Datos de identificación de la sección

Provincia	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº de orden de la sección	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 sujeto de entrevista

Nombre y número de orden del sujeto de entrevista _____

Edad _____

Sexo _____

4. Identificación del informante

Nombre y número de orden del informante _____

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.

La trascendencia de estos objetivos y la característica de servicio público de este estudio, nos impulsan a solicitar, de forma voluntaria, su importante y valiosa colaboración.

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).

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).

Todas las personas de 6 y más años

5. Información relativa a las discapacidades padecidas, deficiencias de origen, ayudas recibidas, y ayudas solicitadas y no recibidas.

Entrevistador, para cumplimentar la tabla 5.1, debe seguir las siguientes instrucciones:

1. **Cabecera:** Consulte el apartado 8, pregunta 8.1 del Cuestionario de Hogar y **transcriba** el código/s de la/s discapacidad/es que padece la **persona sujeto de entrevista**.
2. **Ladillo:** Cumplimente los datos solicitados **para cada discapacidad**, es decir, siguiendo una secuencia vertical.

A) Datos básicos: tipo de ayudas que recibe, tipo de ayudas que han solicitado y no recibe, y severidad, pronóstico evolutivo y deficiencia de origen de cada discapacidad padecida.

Preguntas 1 a 4. Pregunte al informante para **cada** discapacidad que padece el sujeto de las que figuran anotadas en la cabecera de la tabla, el tipo de **ayudas que recibe**, el tipo de **ayudas que han solicitado y no recibe**, el grado de **severidad de la discapacidad** y su **pronóstico evolutivo** y anote para cada una de estas variables el código que proceda de los relacionados en la Tabla A. de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 5. A continuación explique al informante que las discapacidades se deben a alguna deficiencia que las origina y pregunte cuál ha sido la **deficiencia de origen** de cada discapacidad, leyéndole si fuera preciso, la relación de deficiencias que figura en la **Tarjeta A**. Anote el literal y el código que corresponda a cada deficiencia, teniendo en cuenta que, si una misma discapacidad tuviera como origen varias deficiencias, deberá anotar el código de aquella que se obtenga aplicando las **pautas de asignación** de deficiencias.

Antes de cumplimentar los apartados B y/o C, tenga en cuenta lo siguiente:

Si la pregunta 1 (Tipo de ayudas que recibe) o la pregunta 2 (Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe), o ambas preguntas simultáneamente, están cumplimentadas con los códigos **1 ó 3** (es decir el sujeto recibe, o han solicitado y no recibe **ayudas técnicas**), señale con un aspa el recuadro sombreado del Apartado B. Si estas preguntas están cumplimentadas con los códigos **2 ó 3** (es decir el sujeto recibe, o han solicitado y no recibe **ayudas de asistencia personal**), señale con un aspa el recuadro sombreado del Apartado C. En el caso de que estén cumplimentadas dichas preguntas con el código **4** (es decir **no recibe ni han solicitado ayuda alguna**), pase directamente al Apartado D.

Tenga en cuenta que una misma discapacidad puede ser en cierto grado superada por la utilización de varias ayudas técnicas (por ejemplo muletas y silla de ruedas) y de diversas ayudas personales (por ejemplo de un familiar y de la Administración Pública) y que alguna de estas ayudas se han podido recibir mientras que otras se han podido solicitar y no recibirse, por lo que las preguntas 6,7,9 y 10 **no son excluyentes entre sí**, y además el régimen económico y el sistema proveedor admiten varias respuestas.

B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Pregunta 6. Para **aquellas ayudas técnicas que recibe**, las considere o no suficientes, pregunte a continuación cuál es el **sistema proveedor** que facilita las ayudas (público, privado con fines de lucro y otro sistema privado), y para **cada** sistema su **régimen económico**, anotando el código/s que proceda/n de los relacionados en la Tabla B de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 7. Para **aquellas ayudas técnicas que han solicitado y no recibe**, pregunte cuál es el **sistema proveedor** al que se han solicitado estas ayudas no recibidas, y cumplimente con un aspa la/s casilla/s que proceda.

C) Ayudas de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Preguntas 8 y 9. Para **aquellas ayudas de asistencia personal que recibe**, las considere o no suficientes, pregunte la **frecuencia** con que las recibe (pregunta 8), así como el **sistema proveedor** que facilita las ayudas (público, familia y otro sistema privado) y para **cada** sistema su **régimen económico** (pregunta 9), anotando el código/s que proceda/n de los relacionados en la Tabla C de códigos, auxiliar de la Tabla 5.1.

Pregunta 10. Para **aquellas ayudas de asistencia personal que han solicitado y no recibe**, pregunte el **sistema proveedor** al que han solicitado las ayudas no recibidas, y cumplimente con un aspa la/s casilla/s que proceda.

D) Edad del sujeto al inicio de la discapacidad. Por último pregunte para cada discapacidad, qué **edad** tenía el sujeto al inicio de la misma. Si tenía una edad inferior a 1 año, anote **00**.

Tablas de códigos auxiliares de la Tabla 5.1

Tabla A de códigos: tipo de ayudas que recibe, tipo de ayudas que han solicitado y no recibe, severidad y pronóstico evolutivo de la discapacidad

Tipo de ayudas que recibe (Si el sujeto recibe una ayuda, aunque la considere insuficiente, anote que SI la recibe)	Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe	Severidad de la discapacidad: Dificultad para realizar cada actividad con ayudas, en el caso que las reciba	Pronóstico evolutivo de la discapacidad
1. Sólo ayudas técnicas (adaptaciones, prótesis, sillas de ruedas, etc.) 2. Sólo asistencia personal (ayuda física, supervisión de tareas, etc) 3. Ayudas técnicas y asistencia personal 4. No recibe ayuda alguna	1. Sólo ayudas técnicas (adaptaciones, prótesis, sillas de ruedas, etc.) 2. Sólo asistencia personal (ayuda física, supervisión de tareas, etc) 3. Ayudas técnicas y asistencia personal 4. No ha solicitado ayuda alguna	1. Sin dificultad alguna 2. Con dificultad moderada 3. Con dificultad grave 4. No puede realizar la actividad	1. Es recuperable 2. Es mejorable pero con restricciones 3. Es estable, sin perspectivas de mejora 4. Puede empeorar 5. No se puede determinar el pronóstico evolutivo

Tabla B de códigos: Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe.

Régimen económico
1. De forma gratuita 2. Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados) 3. Pago mixto (público y privado)

Tabla C de códigos: Frecuencia y régimen económico de las ayudas de asistencia personal que recibe.

Frecuencia con que recibe las ayudas de asistencia personal	Régimen económico
1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Ocasionalmente 4. Casi nunca	1. De forma gratuita 2. Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados) 3. Pago mixto (público y privado)

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

Discapacidades	1	2
Características	_ _	_ _
A) Datos básicos 1. Tipo de ayudas que recibe _____ 2. Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe _____ 3. Severidad de la discapacidad _____ 4. Pronóstico evolutivo de la discapacidad _____ 5. Deficiencia de origen (anote deficiencia y código) _____	_ _ _ _ _____ _ _	_ _ _ _ _____ _ _
B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 6. Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe en cada sistema proveedor 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____ 7. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas técnicas que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ _ <input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ _ <input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3
C) Ayudas de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 8. Frecuencia de las ayudas de asistencia personal que recibe 9. Régimen económico de las ayudas de asistencia personal que recibe en cada sistema proveedor. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____ 10. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas de asistencia personal que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ _ <input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ _ <input type="checkbox"/> _1 <input type="checkbox"/> _2 <input type="checkbox"/> _3
D) Edad al inicio de la discapacidad	_ _	_ _

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad, y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

3 ┌┐┌┐	4 ┌┐┌┐	5 ┌┐┌┐	6 ┌┐┌┐
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe (continuación).

Discapacidades	7	8
Características	_ _	_ _
A) Datos básicos 1. Tipo de ayudas que recibe _____ 2. Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe _____ 3. Severidad de la discapacidad _____ 4. Pronóstico evolutivo de la discapacidad _____ 5. Deficiencia de origen (anote deficiencia y código) _____	_ _ _ _ _____ _ _	_ _ _ _ _____ _ _
B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 6. Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe en cada sistema proveedor 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____ 7. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas técnicas que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Privado con fines de lucro _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
C) Ayudas de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe 8. Frecuencia de las ayudas de asistencia personal que recibe 9. Régimen económico de las ayudas de asistencia personal que recibe en cada sistema proveedor. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____ 10. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas de asistencia personal que han solicitado y no recibe. 1. Público _____ 2. Familia _____ 3. Otro sistema privado _____	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> _ _ _ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
D) Edad al inicio de la discapacidad	_ _	_ _

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad, y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

9 ┌──┐ └──┘	10 ┌──┐ └──┘	11 ┌──┐ └──┘	12 ┌──┐ └──┘
<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"/> <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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe (continuación).

Discapacidades	13	14
Características	_ _ _	_ _ _
A) Datos básicos		
1. Tipo de ayudas que recibe _____	_	_
2. Tipo de ayudas que han solicitado y no recibe _____	_	_
3. Severidad de la discapacidad _____	_	_
4. Pronóstico evolutivo de la discapacidad _____	_	_
5. Deficiencia de origen (anote deficiencia y código)_____	_ _	_ _
B) Ayudas técnicas que recibe, y/o que han solicitado y no recibe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Régimen económico de las ayudas técnicas que recibe en cada sistema proveedor		
1. Público _____	_	_
2. Privado con fines de lucro _____	_	_
3. Otro sistema privado _____	_	_
7. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas técnicas que han solicitado y no recibe.		
1. Público _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Privado con fines de lucro _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Otro sistema privado _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
C) Ayudas de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Frecuencia de las ayudas de asistencia personal que recibe	_	_
9. Régimen económico de las ayudas de asistencia personal que recibe en cada sistema proveedor.		
1. Público _____	_	_
2. Familia _____	_	_
3. Otro sistema privado _____	_	_
10. Sistema proveedor al que se demandan las ayudas de asistencia personal que han solicitado y no recibe.		
1. Público _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Familia _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Otro sistema privado _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
D) Edad al inicio de la discapacidad	_ _	_ _

Entrevistador: Cumplimente la pregunta 5.2, sólo si en la Tabla 5.1, pregunta 5. Deficiencia de origen, figuran anotadas distintas deficiencias. En caso contrario, pase a la pregunta 5.3

5.1. Discapacidades padecidas por el sujeto: severidad, pronóstico evolutivo, deficiencia de origen de cada discapacidad, y ayudas técnicas y de asistencia personal que recibe, y/o que han solicitado y no recibe.

15 ┌┐┌┐	16 ┌┐┌┐	17 ┌┐┌┐	18 ┌┐┌┐
┌ ┌ ┌ ┌ <hr/> ┌┐┌┐	┌ ┌ ┌ ┌ <hr/> ┌┐┌┐	┌ ┌ ┌ ┌ <hr/> ┌┐┌┐	┌ ┌ ┌ ┌ <hr/> ┌┐┌┐
<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> ┌ ┌ ┌ ┌ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
┌┐┌┐	┌┐┌┐	┌┐┌┐	┌┐┌┐

5.2. ¿Qué deficiencia considera principal?

Deficiencia principal _____ ┌┐┌┐

5.3. Deficiencias de origen de las discapacidades: causa, duración y edad al inicio de las deficiencias.

Entrevistador, para cumplimentar la tabla 5.3, debe seguir las siguientes instrucciones:

Cabecera: Consulte la Tabla 5.1 y transcriba el código/s de la/s deficiencia/s de origen que figura/n en la pregunta 5, siguiendo el mismo orden. Cuando una misma deficiencia aparezca repetida varias veces, anótelas **una sola vez**, no repitiendo por tanto el **mismo código** de deficiencia en la cabecera de esta tabla.

Ladillo: A continuación pregunte para cada una de las deficiencias, las características que figuran en el ladillo. En relación a la cuestión 3, si al inicio de la deficiencia el sujeto tenía una **edad inferior a 1 año**, anote **00**.

Deficiencias	1	2	3	4	5	6
Características	____	____	____	____	____	____
1. Problema que causó la deficiencia.						
Congénito _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Problemas en el parto _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Accidente de tráfico _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Accidente doméstico _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Accidente de ocio _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Accidente laboral _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Otro tipo de accidente _____	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Enfermedad común _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Enfermedad profesional _____	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Otras causas _____	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
2. Duración de la deficiencia						
Permanente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
No permanente _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3. Edad al inicio de la deficiencia	____	____	____	____	____	____

Deficiencias	7	8	9	10	11	12
Características	____	____	____	____	____	____
1. Problema que causó la deficiencia.						
Congénito _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Problemas en el parto _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Accidente de tráfico _____	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Accidente doméstico _____	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Accidente de ocio _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Accidente laboral _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
Otro tipo de accidente _____	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
Enfermedad común _____	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Enfermedad profesional _____	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Otras causas _____	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
2. Duración de la deficiencia						
Permanente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
No permanente _____	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
3. Edad al inicio de la deficiencia	____	____	____	____	____	____

5.4. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

- | | SI | NO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Espina bífida/hidrocefalia _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Síndrome de Down _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Autismo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Hemofilia _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Parálisis cerebral _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Traumatismo craneoencefálico _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Enfermedad mental _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Sida _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 9. Retinosis pigmentaria _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 10. Artritis reumatoide. Espondilitis anquilopoyética _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 11. Distrofia muscular _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 12. Esclerosis lateral o múltiple _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 13. Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 14. Accidentes cerebrovasculares _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 15. Demencia /Alzheimer _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 16. Parkinson _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

5.5. ¿Cuántos hijos tuvo su madre antes de su nacimiento?. Contabilice la totalidad de hijos que haya tenido la madre del sujeto antes de su nacimiento, tanto los actualmente vivos como los ya fallecidos.

Nº de hijos _____

5.6. ¿Qué edad tenía su madre cuando usted nació?

- Menos de 20 años _____ 1
- Entre 20 y 29 años _____ 2
- Entre 30 y 34 años _____ 3
- Entre 35 y 39 años _____ 4
- 40 o más años _____ 5

Entrevistador: Si el sujeto de entrevista es **mujer y mayor de 15 años (16 o más)**, continúe con las preguntas 5.7 y 5.8. En caso contrario, pase al apartado 6.

5.7. ¿Cuántos hijos y embarazos de más de 6 meses ha tenido usted?. Contabilice tanto la totalidad de hijos que haya tenido la entrevistada, actualmente vivos o fallecidos, como la totalidad de embarazos de más de 6 meses de gestación que no hayan llegado a término.

Nº de hijos y de embarazos de más de 6 meses _____

5.8. Considerando la totalidad de hijos y/o de embarazos de más de 6 meses que haya tenido usted ¿qué edad tenía cuando nació su primer hijo o finalizó su primer embarazo de más de 6 meses?

Edad _____

6. Información relativa a los cuidados personales

Entrevistador: Consulte en la Tabla 5.1, pregunta 1, el tipo de ayudas que recibe el sujeto.

Si recibe ayudas de asistencia personal (códigos 2 ó 3), cumplimente las preguntas de este apartado.

Si no recibe ayudas de asistencia personal (códigos 1 ó 4), pase al apartado 7.

6.1. Indique dónde residen las personas que le prestan cuidados personales. Si son residentes en el hogar (SI en opciones 1 y/o 2), consulte el Cuestionario de Hogar, apartado 6. Datos sobre las personas del hogar, y transcriba el número de orden de la persona que dedica más tiempo al cuidado del sujeto, en cada opción.

- | | | Nº orden |
|---|---------------------------------------|----------|
| 1. En el hogar y son miembros del mismo _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 → _____ | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |
| 2. En el hogar y son personas empleadas o huéspedes fijos _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 → _____ | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |
| 3. Fuera del hogar _____ | SI <input type="checkbox"/> 1 | |
| | NO <input type="checkbox"/> 6 | |

Entrevistador: Siempre que figure cumplimentada la opción 3 con SI, pase a la pregunta 6.2.
En caso contrario pase a la pregunta 6.3.

6.2. Indique quiénes son las personas no residentes en el hogar que le prestan cuidados.

- | | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Su hija/s _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 8. Empleados en el hogar no residentes — | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Su hijo/s _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 9. Amigos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Su padre _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 10. Vecinos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Su madre _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 11. Servicios sociales de las AA.PP. — | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Su nuera/s _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | 12. Servicios sociales de organismos
no públicos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Su yerno/s _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | | | |
| 7. Otros parientes _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | | | |

6.3. Si le presta cuidados más de una persona ¿quién es la que se dedica principalmente?

- Si esta persona reside en el hogar, anote su número de orden _____
- Si esta persona no reside en el hogar, anote el código que tenga asignado en la pregunta 6.2. _____

Entrevistador: Las restantes preguntas de este apartado se refieren a la persona que se dedica principalmente al cuidado del sujeto de entrevista, que está identificada por su número de orden.

6.4. ¿Cuántas horas a la semana dedica por término medio a prestar estos cuidados?

- Menos de 7 horas _____ 1
De 7 a 14 horas _____ 2
De 15 a 30 horas _____ 3
De 31 a 40 horas _____ 4
De 41 a 60 horas _____ 5
Más de 60 horas _____ 6

6.5. ¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados?

- Menos de 1 año _____ 1
De 1 hasta 2 años _____ 2
De 2 hasta 4 años _____ 3
De 4 hasta 8 años _____ 4
8 y más años _____ 5

6.6. ¿Qué actividades o relaciones ha tenido que reducir sustancialmente o suprimir para poder dedicarse a estos cuidados? Esta pregunta se refiere solamente al cuidador residente en el hogar y la información debe ser facilitada por el propio cuidador. En cualquier otro caso no cumplimente esta pregunta.

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Ninguna porque éste es su trabajo _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Su trabajo remunerado o estudios _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Su trabajo doméstico _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Su vida familiar _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Otras actividades habituales _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Ninguna en especial _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

6.7. ¿Percibe algún tipo de compensación económica por prestar estos cuidados?

- Sí, regularmente _____ 1
Sí, de vez en cuando _____ 2
No, nunca _____ 3

7. Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a Organizaciones no Gubernamentales como consecuencia del padecimiento de alguna discapacidad

7.1. Debido al padecimiento de alguna discapacidad ¿ha tenido alguna vez que cambiar de vivienda y/c de lugar de residencia?.

- SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 7.6

Entrevistador: Si la persona ha efectuado más de un cambio de vivienda y/o de lugar de residencia debido al padecimiento de alguna/s discapacidad/es, refiérase en la siguiente pregunta al **primer cambio efectuado**.

7.2. ¿De qué tipo fue el primer cambio efectuado?

- Cambió de vivienda dentro del mismo municipio _____ 1 → pasar a 7.5
Cambió de municipio dentro de la misma provincia _____ 2 → provincia [] → pasar a 7.4
Cambió de provincia _____ 3 → pasar a 7.3

7.3. Indique la provincia de residencia antes y después del primer cambio efectuado, a consecuencia de alguna discapacidad. Anote literales y códigos.

1. Provincia de residencia antes del primer cambio _____ [] [] [] []
2. Provincia de residencia después del primer cambio _____ [] [] [] []

7.4. Indique el municipio de residencia antes y después del primer cambio efectuado, a consecuencia de alguna discapacidad. Anote literales y códigos.

1. Municipio de residencia antes del primer cambio _____ [] [] [] [] [] []
2. Municipio de residencia después del primer cambio _____ [] [] [] [] [] []

7.5. ¿Cuál fue la razón principal que motivó el cambio de residencia?

- Ingresar en un establecimiento colectivo por un período superior a seis meses _____ 1
Mejor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales _____ 2
Razones medioambientales _____ 3
Recibir atención familiar _____ 4
Otras razones _____ 5

7.6. Debido al padecimiento de alguna discapacidad, ¿pertenece usted o sus familiares a alguna organización no gubernamental dedicada a personas con discapacidades?

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar al apartado 8

7.7. Indique la deficiencia de origen de la discapacidad que ha motivado su pertenencia a alguna o varias de estas organizaciones. Anote literal y código.

Deficiencia de origen _____

7.8. Especifique la organización u organizaciones no gubernamentales a las que pertenece. Anote literales y códigos.

1. _____
2. _____

8. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas

Entrevistador: Recuerde que todo este apartado se refiere **exclusivamente** a aquellos servicios debidos a alguna/s de las **discapacidades padecidas** por el sujeto de entrevista y no a aquellos servicios debidos a otros problemas de salud, cuya información se recoge en el apartado correspondiente del Cuestionario de Salud (4).

8.1. Debido al padecimiento de alguna discapacidad, con anterioridad a los últimos 14 días ¿recibió alguna vez algún tratamiento de rehabilitación que ya haya concluido?

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 8.3

8.2. En relación a los tratamientos de rehabilitación que haya concluido con anterioridad a los últimos 14 días, indique si:

1. Terminó algún tratamiento de rehabilitación _____ SI 1
NO 6
2. Interrumpió indefinidamente algún tratamiento de rehabilitación _____ SI 1
NO 6

8.3. Como consecuencia del padecimiento de alguna discapacidad ¿ha necesitado recibir alguno o varios de los siguientes servicios sanitarios y/o sociales en los períodos que se indican?

Entrevistador: Léale al informante los tipos de servicios y períodos de tiempo que se relacionan en la pregunta 8.4. A continuación anote las respuestas, teniendo en cuenta que las dos primeras opciones no son excluyentes.

Si ha necesitado algún/os servicio/s y sí lo/s ha recibido en el período _____ 1 → pasar a 8.4. 1ª col

Si ha necesitado algún/os servicio/s y no lo/s ha recibido en el período _____ 1 → pasar a 8.4. 2ª col

No ha necesitado recibir servicio alguno dentro del período _____ 6 → pasar a 8.6

8.4. Datos sobre los servicios sanitarios y sociales que ha recibido y su régimen económico, y datos sobre los motivos por los que no ha recibido los servicios sanitarios y sociales que necesita. Para cada servicio que **sí ha recibido** en el período que se indica, anote en las casillas correspondientes el **número de días** que lo ha recibido dentro de cada régimen económico. Para cada servicio que **ha necesitado pero no ha recibido** en el período, anote el código del motivo principal por el que no lo ha recibido, teniendo en cuenta el orden de prioridad de los motivos. A continuación, si ha recibido algún servicio pase a 8.5 y si no ha recibido servicio alguno pase a 8.6.

Régimen económico	1			2
	Ha recibido los servicios			
Tipos de servicios sanitarios y sociales	1.Pg	2.Pd	3.Pm	Motivos por los que no ha recibido los servicios que necesita
En los últimos 14 días				
1. Cuidados médicos y/o de enfermería (excepto servicios de podología) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Pruebas diagnósticas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Servicios de podología _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Rehabilitación médico-funcional _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Rehabilitación del lenguaje _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Rehabilitación ortoprotésica _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Terapia ocupacional y/o adiestramiento en A.V.D _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Salud mental y asistencia psiquiátrica _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Ayuda a domicilio _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Teleasistencia sanitaria y social _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Servicios de respiro: estancias por horas y diurnas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Actividades culturales, recreativas, y de ocio y tiempo libre _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En el último año				
13. Información/Asesoramiento/ Valoración _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Atención psicosocial a familiares _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Trasplantes/Implantes _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Intervenciones quirúrgicas _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Servicios de respiro: estancias temporales _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. Acogimientos familiares _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. Transporte sanitario y/o adaptado _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Régimen económico

- 1. Pg = De forma gratuita
- 2. Pd = Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados)
- 3. Pm = Pago mixto (público y privado)

Motivos

- 1. Lista de espera
- 2. No existe en el entorno
- 3. Insuficiencia económica
- 4. Otros motivos

8.5. Indique el tipo de centro/s dónde ha recibido los servicios sanitarios y sociales.

	SI	NO
1. Hospitales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Hospitales de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Centros de atención primaria o especializada y despachos médicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Domicilio del paciente _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Centros residenciales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Centros de día _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Centros sociales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

8.6. Como consecuencia del padecimiento de alguna discapacidad ¿recibe o ha recibido algún tipo de prestación económica o beneficio fiscal?

SI _____ 1 → pasar a 8.7

NO _____ 6 → pasar al recuadro Entrevistador
que figura a pie de página

8.7. De las siguientes prestaciones monetarias y beneficios fiscales ¿cuáles ha recibido?

Prestaciones periódicas	SI	NO
Pensiones de invalidez o enfermedad		
1. Contributivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. No contributivas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad o minusvalía _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Seguros de vida e invalidez _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Subsidios		
5. Ayuda de tercera persona _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Movilidad y gastos de transporte _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Prestaciones no periódicas		
Ayudas a discapacitados		
7. Ayudas públicas del IMSERSO-CC.AA. para rehabilitación o asistencia especializada _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Ayudas públicas del MEC-CC.AA. para educación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Ayudas de otras administraciones públicas (MUFACE) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Ayudas de acción social de empresas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
Indemnizaciones		
11. Indemnizaciones por responsabilidad civil o penal _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Indemnizaciones por daño corporal _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Beneficios fiscales en IRPF _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador: Si el sujeto de entrevista tiene **16 o más años**, pase al apartado 9
Si el sujeto de entrevista tiene **de 6 a 15 años**, pase al apartado 11

Personas de 16 y más años

9. Información relativa a los cambios habidos en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual.

9.1. Relación con la actividad económica, situación profesional y ocupación en la actualidad.

Entrevistador: Transcriba del Cuestionario de Hogar, Apartado 6. Datos sobre las personas del hogar, la información que figura en las preguntas 12,13 y 14 referidas a la persona sujeto de entrevista. Si las preguntas 13 y 14 aparecen en blanco (personas que no trabajan en la actualidad), deje en blanco las casillas 2 y 3

1. Relación con la actividad económica en la actualidad (si figuran varias opciones, anote **aquella** que tenga asignado el código de número de orden más bajo). _____
2. Situación profesional en la actualidad _____
3. Ocupación o profesión que desempeña en su empleo principal en la actualidad _____

9.2. Debido al padecimiento de alguna discapacidad ¿ha tenido que modificar alguna vez su relación con la actividad económica o su ocupación?

- SI _____ 1
- NO _____ 6 → pasar a 9.6

Entrevistador: Si la persona ha efectuado más de un cambio en su relación con la actividad o en su ocupación debido al padecimiento de alguna/s discapacidad/es, refiérase en la siguiente pregunta al **primer cambio efectuado**.

9.3. ¿De qué tipo fue el primer cambio efectuado?.

- Sólo cambió su relación con la actividad _____ 1 → pasar a 9.4
- Sólo cambió su ocupación o profesión _____ 2 → pasar a 9.5
- Cambió su relación con la actividad y su ocupación _____ 3 → pasar a 9.4

9.4. Indique su relación con la actividad antes y después del primer cambio efectuado a consecuencia de alguna discapacidad. Anote literales y códigos.

1. Relación con la actividad antes del primer cambio _____
2. Relación con la actividad después del primer cambio _____

Entrevistador: Consulte la opción cumplimentada en la pregunta 9.3.

Si aspa en **1**, pase a la pregunta 9.6. Si aspa en **3**, continúe en la pregunta 9.5.

9.5. Indique su ocupación antes y después del primer cambio efectuado a consecuencia de alguna discapacidad. Anote literales y códigos.

1. Ocupación antes del primer cambio _____
2. Ocupación después del primer cambio _____

9.6. Entrevistador: Consulte el código de relación con la actividad anotado en la pregunta 9.1

Si relación con la actividad, **código 1 ó 2** → pasar a 9.7

Si relación con la actividad, **código 3 ó 4** → pasar a 9.12

Si relación con la actividad, **código 5 a 12** → pasar a 9.16

9.7. En su ocupación actual ¿se ha beneficiado de las siguientes medidas de Fomento de Empleo?

- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Empleo en el medio ordinario de trabajo | | |
| 1. Por contrato para la formación y en prácticas, de minusválidos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Por incentivos a la contratación _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Por cuota de reserva para las personas con discapacidad en el sector público _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Por cuota de reserva para las personas con discapacidad en el sector privado _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Por empleo selectivo (readmisión de los trabajadores con discapacidad) - _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Por subvenciones _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| Empleo protegido en centros especiales de empleo | | |
| 7. Empleo protegido en centros especiales de empleo (se excluyen los talleres ocupacionales) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

9.8. ¿Ha accedido a su empleo actual mediante algún servicio de intermediación especializado en trabajadores con discapacidad y/o de orientación profesional?

- SI _____ 1
- NO _____ 6

Entrevistador: Consulte el código de situación profesional anotado en la pregunta 9.1:

Si situación profesional, **código 4 ó 5**, pase a 9.9. Si situación profesional, **código 1 a 3**, pase a 9.10

9.9. ¿Cuál es el tipo de contrato en su empleo principal?

- Funcionario Público (excepto interinos) _____ 1
- Fijo indefinido o continuo _____ 2
- Fijo discontinuo _____ 3
- De aprendizaje _____ 4
- En prácticas o formación _____ 5
- Eventual _____ 6
- De obra o servicio _____ 7
- Estacional o de temporada _____ 8
- Funcionario interino _____ 9
- Otro tipo de contrato _____ 10
- No tiene contrato _____ 11

9.10. ¿Cuántos empleados y ayudas familiares tiene la empresa donde trabaja, además de usted?

- Ninguno _____ 1
- Menos de 10 _____ 2
- De 10 a 19 _____ 3
- De 20 a 49 _____ 4
- De 50 a 100 _____ 5
- De 101 a 250 _____ 6
- De 251 a 500 _____ 7
- Más de 500 _____ 8

9.11. ¿Está buscando otro empleo?

SI _____

 1

NO _____

 6 → pasar al apartado 10

9.12. ¿En qué fecha comenzó a buscar empleo?

1. Mes _____

2. Año _____

9.13. Indique la razón principal por la que cree que no encuentra trabajo u otro tipo de trabajo.

Soy discapacitado _____

 1

No tengo experiencia _____

 2

Los estudios que tengo no me sirven para encontrar trabajo _____

 3

Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera _____

 4

No tengo estudios _____

 5

Otras razones _____

 6

9.14. ¿En qué tipo de actividad le gustaría trabajar principalmente?

Relacionada con un trabajo manual _____

 1

Relacionada con un trabajo administrativo _____

 2

Relacionada con un trabajo técnico _____

 3

Relacionada con un trabajo de gestión _____

 4

En cualquier actividad _____

 5

9.15. ¿De qué forma ha buscado empleo en las cuatro últimas semanas? Señale un máximo de tres respuestas

Está inscrito en una Oficina de Empleo de la Administración _____

 1

Está inscrito en una oficina de empleo privada _____

 2

Se ha dirigido a empresarios _____

 3

Está utilizando relaciones personales _____

 4

A través de la prensa _____

 5

Ha hecho gestiones para establecerse por su cuenta (búsqueda de terrenos, gestiones de licencias, etc.) _____

 6

Prepara o realiza oposiciones _____

 7

Espera los resultados de solicitudes anteriores _____

 8

Espera la llamada de una oficina de empleo pública _____

 9

Otros métodos _____

 10

No ha utilizado ningún método _____

 11

→ pasar al apartado 10

9.16. ¿Por qué razón no busca empleo?. Señale un máximo de 3 respuestas.

- Es discapacitado y cree que le sería muy difícil encontrarlo _____ 1
- No puede trabajar _____ 2
- Cree que no lo encontrará, no habiéndolo buscado nunca _____ 3
- Cree que no lo encontrará, habiéndolo buscado anteriormente _____ 4
- No cree que haya alguno disponible _____ 5
- Por estar afectado por una regulación de empleo _____ 6
- No sabe dónde dirigirse para encontrarlo _____ 7
- Espera la estación de mayor actividad _____ 8
- Espera los resultados de solicitudes anteriores _____ 9
- Espera reanudar su actividad por cuenta propia _____ 10
- Por razones personales o familiares _____ 11
- Por cursar estudios o recibir formación _____ 12
- Por estar jubilado _____ 13
- No necesita trabajar _____ 14
- Otras causas _____ 15

10. Información relativa al nivel de estudios terminados y en curso.

10.1. Entrevistador: Transcriba del Cuestionario de Hogar, Apartado 6. Datos sobre las personas del Hogar, la información que figura en la pregunta 8. Nivel de estudios terminados, referida a la persona sujeto de entrevista.

Nivel de estudios terminados _____

Si nivel de estudios terminados, código 8 ó 9 → pasar a 10.2

Si nivel de estudios terminados, código 1 a 7 → pasar a 10.3

10.2. En relación a sus estudios terminados, especifique la rama, diplomatura o licenciatura. Anote literal y código.

10.3. En los últimos cinco años ¿ha realizado algún curso de formación profesional ocupacional?

SI _____ 1

NO _____ 6 → pasar a 10.6

10.4. De estos cursos realizados en los últimos cinco años ¿alguno le ha servido para encontrar trabajo?

SI _____ 1
NO _____ 6 → pasar a 10.6

10.5. ¿Qué cursos le han servido?. Anote el nombre del curso o cursos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

10.6. Entrevistador: Consulte en el Cuestionario de Hogar, Apartado 6. **Datos sobre las personas del hogar**, la información que figura en la pregunta 12. Relación con la actividad, referida a la persona sujeto de entrevista.

Si relación con la actividad código 9, cursando algún estudio (exclusivamente o simultáneamente con otras opciones) → pasar a 10.7.

Si relación con la actividad cualquier código/s distinto/s de 9, cursando algún estudio → FIN

10.7. Indique si está cursando alguno de los siguientes tipos de estudios reglados

Educación especial: formación profesional especial o adaptada, programas de preparación para la vida adulta y laboral, Programas de garantía social específicos, etc. _____ 1
Programas de garantía social global _____ 2
Bachillerato (LOGSE, REM, BUP) _____ 3
Ciclo formativo de grado medio (o FP1) y módulos profesionales II _____ 4
Ciclo formativo de grado superior (FP2) y módulos profesionales III _____ 5
Estudios universitarios de 1 sólo ciclo (Diplomados, Escuelas técnicas, etc.) y sus estudios de postgrado _____ 6
Estudios universitarios de 2 ciclos (licenciados, ingenieros, arquitectos) y sus estudios de postgrado _____ 7
No está cursando estudio reglado alguno _____ 8

10.8. ¿Está cursando alguno de los siguientes estudios no reglados?

	SI	NO
1. Cursos de Formación Profesional Ocupacional _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Otros estudios no reglados de duración superior a seis meses _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Otros estudios no reglados de duración inferior o igual a seis meses _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Personas de 6 a 15 años

11. Información relativa a la educación e integración escolar

11.1. En relación a la educación e integración escolar ¿en qué situación se encontraba en la última semana?

- No escolarizado 1 → pasar a 11.2
- Escolarizado en un centro o aula de educación especial 2 → pasar a 11.3
- Escolarizado en un centro ordinario en régimen de integración y recibiendo apoyos especiales 3 → pasar a 11.4
- Escolarizado en un centro ordinario sin ningún tipo personalizado de apoyo 4 → pasar a 11.5

11.2. Sólo para personas con discapacidades de 6 a 15 años, no escolarizadas

- Nunca ha asistido a un Centro Escolar por su discapacidad 1
- Ha dejado de asistir por su discapacidad 2
- Nunca ha asistido o no asiste porque no hay en su entorno un Centro adecuado a sus necesidades 3
- pasar a 11.8

11.3. Sólo para personas con discapacidades de 6 a 15 años, escolarizadas en centros o aulas de Educación Especial

- En Centros de Educación Especial cursando Educación básica obligatoria o primaria 1
- En Aulas de Educación Especial cursando Educación primaria o secundaria obligatoria 2
- En enseñanza combinada (Especial y Ordinaria) cursando educación primaria o secundaria obligatoria 3
- 11.6

11.4. Sólo para personas con discapacidades de 6 a 15 años, escolarizadas en centros ordinarios en régimen de integración y recibiendo apoyos especiales

- En Centros de Educación Infantil 1
- Cursando Educación Primaria 2
- Cursando Educación Secundaria Obligatoria 3
- 11.6

11.5. Sólo para personas con discapacidades de 6 a 15 años, escolarizadas en centros ordinarios sin ningún tipo personalizado de apoyo

- Educación Primaria 1
- Educación Secundaria Obligatoria 2

11.6. Debido al padecimiento de alguna discapacidad ¿con qué frecuencia ha faltado al colegio en el último curso escolar? Sume todos los días que ha faltado a lo largo del curso aunque haya sido en períodos diferentes

- Uno o varios días, pero menos de una semana _____ 1
- Una o varias semanas, pero menos de un mes _____ 2
- Entre uno y tres meses _____ 3
- Entre tres y seis meses _____ 4
- Seis o más meses _____ 5
- No ha faltado nunca _____ 6

11.7. ¿A qué tipo de centro escolar asiste?

- Centro público _____ 1
- Centro perteneciente a una ONG _____ 2
- Centro privado concertado _____ 3
- Centro privado sin concierto _____ 4

11.8. Como consecuencia del padecimiento de alguna discapacidad, esté o no escolarizado actualmente, ¿necesitaría estar escolarizado y no lo está en alguno de los siguientes tipos de centro?

- SI
- Centro de Educación Especial _____ 1
 - Centro ordinario en régimen de integración con apoyos especiales _____ 2
 - Centro ordinario sin ningún tipo de apoyo _____ 3
- NO _____ 6 → FIN

11.9. ¿Cuál sería la titularidad del centro al que desearía asistir pero le es imposible por alguno de los motivos que se enumeran a continuación?. Anote el código del motivo.

- 1. Centro público _____
- 2. Centro perteneciente a una ONG _____
- 3. Centro privado concertado _____
- 4. Centro privado sin concierto _____

Motivos:

- 1. Lista de espera
- 2. No existe en su entorno
- 3. Razones económicas
- 4. Otros motivos