

A. Identificación

1. Datos de identificación de la sección

Provincia

Nº de orden de la sección -

Municipio

Distrito/sección -

Bisemana



ETIQUETA DIGITALIZACIÓN

Entrevistador/a:

Se considera que forma un hogar la persona o grupo de personas que residen habitualmente en la vivienda familiar y comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto. También se consideran miembros del hogar los/las empleados/as residentes del mismo y los/as huéspedes fijos residentes en el hogar. Si en la vivienda residen dos o más grupos humanos con presupuestos diferenciados, cada uno de ellos forma un hogar y debe realizar la encuesta a todos ellos.

2. Identificación de la vivienda y hogar

Nº de orden de la vivienda

Nº de hogar dentro de la vivienda

3. Datos del/de la informante

Nombre:

Número de orden del/ de la informante

Teléfono fijo/móvil

Teléfono fijo/móvil

4. Otros datos

Nº de miembros del hogar de 6 años o más

Nº de miembros del hogar de 0 a 5 años (menores)

Nº de miembros del hogar de 6 años o más que tienen alguna discapacidad

Nº de miembros del hogar de 0 a 5 años (menores), que tienen alguna limitación

Cuestionarios de Discapacidades de los miembros del hogar de 6 años o más **recogidos**

Cuestionarios de Limitaciones de miembros del hogar de 0 a 5 años (menores) **recogidos**

Cuestionarios de Cuidadores Principales **recogidos**

5. Hora de inicio de la entrevista

Hora

Minutos

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).



B. Composición del hogar

1. Identificación de los miembros del hogar presentes o ausentes

Entrevistador/a, lea la siguiente presentación al/a la informante: **“Para iniciar la entrevista, por favor, facilíteme el nombre de la persona que, residiendo habitualmente en este hogar, es la que más aporta periódicamente al presupuesto del hogar. Dígame a continuación el nombre de las otras personas de su hogar que viven actualmente en esta vivienda. Incluya los/as empleados/as en el hogar y los/as huéspedes, si los hubiere. Dígame también el nombre de las personas de su hogar que no están presentes ahora, pero que viven habitualmente en esta vivienda. Después le haré unas preguntas sobre cada una de ellas”**

Entrevistador/a: Primero escriba los nombres de todas las personas en la Columna 1, comenzando por la identificada anteriormente como la que más aporta periódicamente al presupuesto del hogar (persona de referencia del hogar) Después formule las preguntas de las siguientes columnas de la tabla para cada una de las personas que ha anotado y asigne números de orden a aquellas que resulten ser miembros del hogar. Rellene la tabla de manera horizontal, es decir, no pase a la siguiente fila hasta completar todas las preguntas para cada una de las personas

Nombre	¿Reside o piensa residir habitualmente en este hogar en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2007 y el 29 de febrero de 2008?
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona
.....	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Siguiente persona



¿Es empleado/a en el hogar?	¿Es huésped de este hogar?	Sexo	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	¿Cuál es su edad?	Nº de orden de los miembros del hogar de 6 años o más	Nº de orden de los miembros del hogar de 5 años o menos
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Numere correlativamente desde el 01</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Numere correlativamente desde el 51</i> <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>
SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6	Varón <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 6	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>



C. Datos sobre los miembros del hogar

Entrevistador/a:

* Consulte el **Apartado B**, y transcriba ordenadamente el nombre y número de orden de las personas que sean **miembros del hogar**, anotando siempre en primer lugar a la persona de referencia del hogar. Cumplimente para todas ellas los datos de esta tabla persona a persona, es decir, siguiendo una secuencia vertical. Tenga en cuenta que los nombres los tiene que transcribir también a las sucesivas páginas

* Lea lo siguiente al/a la informante: **Ahora le voy a hacer unas preguntas referentes a los miembros de este hogar**

Nombre y nº de orden de los miembros del hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>			
1. ¿Cuál es su país de nacimiento?				
1. España	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Otro país. Anote código (1)	<input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>
2. ¿Cuál es su nacionalidad?				
1. Española	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4
2. Extranjera	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Española y otra	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
3. ¿De qué país es su nacionalidad?				
Anote código (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"/>
4. ¿Cuál es su estado civil legal?				
1. Soltero/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Casado/a	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Viudo/a	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Separado/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Divorciado/a	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
5. ¿Convive actualmente en pareja?				
1. Sí	<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

(1) Códigos de país de nacimiento y nacionalidad extranjera

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Un país de la Unión Europea excepto España, Rumanía y Bulgaria (UE-25) | 6. Colombia |
| 2. Rumanía o Bulgaria | 7. Otro país de América |
| 3. Otro país de Europa | 8. Un país de Asia |
| 4. Canadá o EEUU | 9. Marruecos |
| 5. Ecuador | 10. Otro país de África |
| | 11. Un país de Oceanía |



Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → P. 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6					

(1) Códigos de país de nacimiento y nacionalidad extranjera

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Un país de la Unión Europea excepto España, Rumanía y Bulgaria (UE-25) | 6. Colombia |
| 2. Rumanía o Bulgaria | 7. Otro país de América |
| 3. Otro país de Europa | 8. Un país de Asia |
| 4. Canadá o EEUU | 9. Marruecos |
| 5. Ecuador | 10. Otro país de África |
| | 11. Un país de Oceanía |



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre y nº de orden de los miembros del hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>
6. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha terminado?				
1. No procede, es menor de 10 años	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. No sabe leer o escribir	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Estudios primarios incompletos	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Estudios primarios o equivalentes	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Educación secundaria de 1ª etapa	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Estudios de bachillerato	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Estudios universitarios o equivalentes	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Especificar				
7. ¿Se ha visto limitado/a para realizar las actividades que la gente habitualmente hace, debido a un problema de salud o discapacidad? Conteste SÍ sólo, si esta limitación ha durado o prevé que dure más de 1 año.				
1. Sí, gravemente limitado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Sí limitado pero no gravemente	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. No	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
8. Por motivo de alguna discapacidad, problema de salud o enfermedad, ¿dispone del certificado de minusvalía con grado igual o superior al 33%?				
1. Sí	<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



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 2					
<input type="checkbox"/> 3					
<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> 5					
<input type="checkbox"/> 6					
<input type="checkbox"/> 7					
<input type="checkbox"/> 8					
<input type="checkbox"/> 9					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 2					
<input type="checkbox"/> 3					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 6					



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre y nº de orden de los miembros del hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	N° de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/> N° de orden <input type="text"/> <input type="text"/>			
9. ¿Cómo es su salud en general? 1. Muy buena 2. Buena 3. Regular 4. Mala 5. Muy mala	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
11. Entrevistador/a: ¿Tiene la persona 16 años o más ? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D
12. En relación con la actividad económica, ¿en qué situación se encontraba la semana pasada? Si se encontraba en varias situaciones, indique solamente la principal 1. Trabajando 2. En desempleo 3. Percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente 4. Percibiendo otro tipo de pensión 5. Incapacitado/a para trabajar 6. Estudiando 7. Dedicado/a principalmente a las labores del hogar 8. Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas 9. Otra situación	<input type="checkbox"/> 1 → P. 14 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → P. 14 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → P. 14 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 → P. 14 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 2					
<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 → Apartado D					
<input type="checkbox"/> 1 → P. 14					
<input type="checkbox"/> 2					
<input type="checkbox"/> 3					
<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> 5					
<input type="checkbox"/> 6					
<input type="checkbox"/> 7					
<input type="checkbox"/> 8					
<input type="checkbox"/> 9					



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre y nº de orden de los miembros del hogar	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	Nº de orden <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Nº de orden <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Nº de orden <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
13. ¿Ha trabajado alguna vez como asalariado/a, o por cuenta propia, ...? 1. Sí 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 → Apartado D
14. ¿Cuál es/era la situación profesional en la ocupación que desempeña o desempeñó en su último empleo? 1. Empresario/a o trabajador/a autónomo/a con asalariados/as 2. Empresario/a o trabajador/a autónomo/a sin asalariados/as 3. Ayuda familiar 4. Asalariado/a 5. Miembro de una cooperativa 6. Otra situación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
15. ¿Cuál es/era la ocupación, profesión u oficio que desempeña o desempeñó en su último empleo? Entrevistador/a: Anote literal y código (CNO-94)	<input type="text" value=""/> ó <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> ó <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> ó <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> ó <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Entrevistador/a: Codifique la ocupación a 3 dígitos para los miembros del hogar con discapacidad (si los hubiere) y a 1 dígito para los miembros del hogar sin discapacidad				
16. ¿Cuál es/era la actividad del establecimiento en que trabaja o trabajó en su último empleo? Entrevistador/a: Anote literal y código (CNAE-93)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			



C. Datos sobre los miembros del hogar (continuación)

Entrevistador/a: Compruebe que anota correctamente el nombre y número de orden de los miembros del hogar

Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Nº de orden <input type="text"/> <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 6 → Apartado D					
<input type="checkbox"/> 1					
<input type="checkbox"/> 2					
<input type="checkbox"/> 3					
<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/> 5					
<input type="checkbox"/> 6					
<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Entrevistador/a: Codifique la ocupación a 3 dígitos para los miembros del hogar **con** discapacidad (si los hubiere) y a 1 dígito para los miembros del hogar **sin** discapacidad

<input type="text"/> <input type="text"/>					



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más

Entrevistador/a, lea la siguiente presentación al/a la informante:

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre posibles dificultades o limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria. Su objetivo es detectar a las personas del hogar de 6 años ó más que actualmente las tienen. Estas preguntas se refieren a dificultades o limitaciones que cumplan dos requisitos:

- ▶ Que han durado o se prevé que duren más de un año (por ejemplo, quedarían descartados pequeños accidentes como lesiones menores superadas en meses)
- ▶ Que el origen de la limitación o dificultad sea un problema de salud o discapacidad

Para responder, debe pensar en las personas cuando no utilizan ayudas o supervisión. Si alguien supera su limitación porque está utilizando alguna ayuda o recibe supervisión, se debe considerar que sí tiene la dificultad correspondiente. Por ejemplo, si una persona sólo puede comer cuando otra persona le ayuda, sí que presenta una limitación. Sin embargo, se hace una excepción en el caso de las dificultades de visión (miopía, astigmatismo, ...): Si la persona tiene estas dificultades y las supera con gafas o lentillas, se considera que no tiene la limitación.

Cuando hablamos de ayudas nos referimos a dos tipos: ayudas técnicas y ayudas personales

* Se considera ayuda técnica a todo producto o instrumento externo usado o destinado a una persona con discapacidad, que compensa o alivia la limitación. Por ejemplo: audífonos, lentes con iluminación, prótesis externas, bastones, sillas de ruedas, grúas, oxígeno, cubiertos con adaptaciones de agarre, rampas de acceso, perros lazarillos,

* Se entiende por ayuda personal toda colaboración de otra persona, necesaria para realizar una actividad

Se considera supervisión la necesidad de que alguna persona esté pendiente de lo que hace otra, por si surgen problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Entrevistador/a: A continuación formule al/ a la informante las preguntas de esta tabla, leyéndoselas una por una. Siempre que la respuesta a una pregunta sea afirmativa, consulte el Apartado C y anote el número de orden de la/s persona/s que sí tiene/n la discapacidad

Tabla de Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más

DISCAPACIDADES

Bloque A: Visión

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad**

Número de orden

1. ¿Alguna persona del hogar es ciega o sólo distingue luz y oscuridad?

SÍ 1 →

NO 6

2. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para ver la letra de un periódico aunque lleve gafas o lentillas?

SÍ 1 →

NO 6

3. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para ver la cara de alguien al otro lado de la calle (4 metros) aunque lleve gafas o lentillas? Incluya también a las personas ciegas de un ojo aunque no tengan problemas en el otro

SÍ 1 →

NO 6

4. ¿Alguna persona del hogar tiene alguna otra dificultad importante de visión aunque lleve gafas o lentillas (diferenciación de colores, visión nocturna, ...)?

SÍ 1 →

NO 6



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (continuación)

DISCAPACIDADES

Bloque B: Audición

Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad

Número de orden

5. ¿Alguna persona del hogar es sorda total?

SÍ 1 →

NO 6

6. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes sin audífono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír?

SÍ 1 →

NO 6

7. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para oír lo que se dice en una conversación con varias personas sin audífono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír? Incluya también personas sordas de un oído aunque no tengan problemas en el otro

SÍ 1 →

NO 6

Bloque C: Comunicación

Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año. Cuando hagamos referencia a problemas mentales nos referiremos a problemas de naturaleza cognitiva o intelectual

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Número de orden

8. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido sin ayudas técnicas externas?

SÍ 1 →

NO 6

9. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para comprender el significado de lo que le dicen otras personas sin ayudas personales?

SÍ 1 →

NO 6

10. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para comprender un texto escrito o expresarse a través del mismo?

SÍ 1 →

NO 6

11. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para comprender gestos, símbolos, dibujos, sonidos o expresarse a través de ellos? Por ejemplo entender que el sonido de la alarma indica que hay fuego, negar con la cabeza para expresar desacuerdo, ...

SÍ 1 →

NO 6

12. Debido a un problema mental, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje?

SÍ 1 →

NO 6

13. Por problemas de salud o discapacidad ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para utilizar el teléfono sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 →

NO 6



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (continuación)

DISCAPACIDADES

Bloque D: Aprendizaje y aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Las siguientes preguntas se refieren a limitaciones debidas a problemas mentales, considerando como tales los que son de naturaleza cognitiva o intelectual**

Recuerde que las dificultades han durado o se prevé que duren más de un año

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Número de orden

14. Debido a un problema mental, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

SÍ 1 →
NO 6

15. Debido a un problema mental, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para aprender a hacer cosas sencillas como copiar, leer, escribir, a sumar o restar, o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano?

SÍ 1 →
NO 6

16. Debido a un problema mental, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas sencillas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, sacar algo de un armario, llenar un vaso de agua, ...

SÍ 1 →
NO 6

17. Debido a un problema mental, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas complejas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo transmitir un recado, acudir a una cita, ...

SÍ 1 →
NO 6

Bloque E: Movilidad

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad**

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Número de orden

18. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión?. Por ejemplo levantarse, sentarse, acostarse, ...

SÍ 1 →
NO 6

19. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, permanecer de pie o sentado

SÍ
NO



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (continuación)

DISCAPACIDADES

Bloque E: Movilidad (Continuación)

Número de orden

20. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para andar o moverse dentro de su vivienda sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, desplazarse dentro de una habitación o entre distintas habitaciones

SÍ 1 →
NO 6

21. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, desplazarse por la calle sin medios de transporte, dentro de edificios públicos o privados, ...

SÍ 1 →
NO 6

22. Por problemas de salud o discapacidad ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo en coche, autobús, tren, metro, tranvía, ...

SÍ 1 →
NO 6

23. Por problemas de salud o discapacidad ¿alguna persona del hogar entre 18 y 74 años, tiene una dificultad importante para conducir vehículos de motor sin adaptaciones?

SÍ 1 →
NO 6

24. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para levantar o transportar algo con las manos o brazos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo un vaso, llevar un bebé en brazos, ...

SÍ 1 →
NO 6

25. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo alcanzar un objeto, lanzar una pelota, empujar una silla

SÍ 1 →
NO 6

26. ¿Alguna persona del hogar tiene dificultad importante para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo, ...

SÍ 1 →
NO 6

Bloque F: Autocuidado

Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Número de orden

27. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo ducharse, lavarse las manos, cabeza, ...

SÍ 1 →
NO 6

28. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para realizar los cuidados básicos del cuerpo sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo peinarse, cortarse las uñas, ...

SÍ 1 →
NO 6



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (continuación)

DISCAPACIDADES

Bloque F: Autocuidado (Continuación)

Número de orden

29. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para controlar la necesidad de orinar y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse, sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 →
 NO 6

30. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para controlar las necesidades de defecar y sus actividades relacionadas como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse, sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 →
 NO 6

31. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna mujer del hogar entre 11 y 55 años tiene una dificultad importante para controlar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual como prever el comienzo de la menstruación o usar compresas, sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 →
 NO 6

32. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para vestirse y desvestirse sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo ponerse o quitarse la ropa y el calzado, elegir la ropa adecuada de acuerdo a las condiciones climáticas, ...

SÍ 1 →
 NO 6

33. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para llevar a cabo las tareas de comer o beber sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo llevar alimentos a la boca, tragar los alimentos, usar cubiertos, servir líquidos, beber sin derramar el contenido, ...

SÍ 1 →
 NO 6

34. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, tomar correctamente la medicación, seguir dietas específicas, asistir a las consultas médicas, ...

SÍ 1 →
 NO 6

35. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para evitar situaciones de peligro en la vida diaria sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo apagar el gas, respetar los semáforos, ...

SÍ 1 →
 NO 6



D. Discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (continuación)

DISCAPACIDADES

Bloque G: Vida doméstica

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año**

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

Entrevistador/a: Las siguientes tres preguntas se refieren sólo a personas de 10 años o más

Número de orden

36. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para organizar, hacer y trasladar las compras cotidianas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo comprar ropa, comida, artículos para la casa, ...

SÍ 1 →
 NO 6

37. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para preparar comidas sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 →
 NO 6

38. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para ocuparse de las tareas de la casa sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo limpiar, lavar la ropa, usar aparatos domésticos, ...

SÍ 1 →
 NO 6

Bloque H: Interacciones y relaciones interpersonales

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año**

Número de orden

39. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para mostrar, de manera adecuada, a otras personas afecto, respeto o para transmitir sentimientos incluyendo el contacto físico, como besos, caricias, ...?

SÍ 1 →
 NO 6

40. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para relacionarse con personas desconocidas? Por ejemplo cuando se pregunta una dirección, al comprar algo, ...

SÍ 1 →
 NO 6

41. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores?

SÍ 1 →
 NO 6

42. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as?

SÍ 1 →
 NO 6

43. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para formar una familia y mantener relaciones familiares?

SÍ 1 →
 NO 6

44. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?

SÍ 1 →
 NO 6



D1. Tabla Resumen de discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más

Entrevistador/a:

Si ninguna persona del hogar de 6 años o más tiene alguna o varias discapacidades (todas las respuestas de la tabla anterior son NO), pase al apartado E

Si alguna/as personas del hogar de 6 años o más, tiene/n alguna o varias discapacidades, transcriba de la tabla anterior estas discapacidades, anotando para cada persona su número de orden y el código de su/s discapacidad/es, alineándolos a la derecha. Por ejemplo, si una persona ha contestado que tiene dificultad importante para desplazarse en medios de transporte como pasajero, debe anotar el código 22 en uno de los peines de la derecha **2 2**

1. Número de orden de los miembros del hogar	2. Código de las discapacidades que tiene la persona
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>
5 <input type="text"/>	<input type="text"/>
6 <input type="text"/>	<input type="text"/>
7 <input type="text"/>	<input type="text"/>
8 <input type="text"/>	<input type="text"/>
9 <input type="text"/>	<input type="text"/>
10 <input type="text"/>	<input type="text"/>
11 <input type="text"/>	<input type="text"/>
12 <input type="text"/>	<input type="text"/>
13 <input type="text"/>	<input type="text"/>
14 <input type="text"/>	<input type="text"/>
15 <input type="text"/>	<input type="text"/>
16 <input type="text"/>	<input type="text"/>
17 <input type="text"/>	<input type="text"/>
18 <input type="text"/>	<input type="text"/>



D1. Tabla Resumen de discapacidades que tienen en la actualidad los miembros del hogar de 6 años o más (Continuación)

2. Código de las discapacidades que tiene la persona

<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 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 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 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 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 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"/>										

E. Limitaciones o dificultades graves o importantes que tienen en la actualidad los miembros del hogar menores de 6 años (0-5)

Limitaciones o dificultades que tienen en la actualidad los niños/as menores de 6 años

Entrevistador/a:

* Consulte el **Apartado C** y transcriba el nombre y nº de orden de los miembros del hogar menores de 6 años, si los hubiere, pregunte su edad en meses y anótela en la cabecera de la tabla. A continuación formule las siguientes preguntas al/ a la informante leyéndoselas una por una, siguiendo una secuencia horizontal. Tenga en cuenta que los nombres los tiene que transcribir también a las sucesivas páginas

* Si en el hogar no hay menores de 6 años, pase al Apartado F

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Ahora voy hacerle algunas preguntas sobre las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria que tienen en la actualidad los menores de 6 años del hogar, debido a un problema de salud de duración superior a un año o a una discapacidad**

Nombre y nº de orden del/de la menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
	Edad meses <input type="text"/> <input type="text"/>			
Entrevistador/a: Sólo para niños/as de 9 meses o más				
1. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para mantenerse sentado/a sin apoyo?				
1. Sí	<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
8. No procede (edad inferior a 9 meses)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Entrevistador/a: Sólo para niños/as de 15 meses o más				
2. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para permanecer de pie sin apoyo?				
1. Sí	<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
8. No procede (edad inferior a 15 meses)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
Entrevistador/a: Sólo para niños/as de 18 meses o más				
3. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para andar solo/a?				
1. Sí	<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
8. No procede (edad inferior a 18 meses)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
4. ¿Algún/a niño/a es ciego/a?				
1. Sí	<input type="checkbox"/> 1 → P. 6			
6. NO	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6



E. Limitaciones o dificultades graves o importantes que tienen en la actualidad los miembros del hogar menores de 6 años (0-5) (Continuación)

Nombre y nº de orden del/de la menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
5. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para ver? Si las supera con gafas o lentillas, conteste NO 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
6. ¿Algún/a niño/a es sordo/a total? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 → P. 8 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 → P. 8 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 → P. 8 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1 → P. 8 <input type="checkbox"/> 6
7. ¿Tiene la impresión de que algún/a niño/a tiene dificultad para oír? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
8. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para mover los brazos o tiene alguna debilidad o rigidez en los brazos? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
9. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para mover las piernas o tiene alguna debilidad o rigidez en las piernas? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
10. ¿Algún/a niño/a tiene a veces convulsiones, se le pone rígido el cuerpo o pierde el conocimiento? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
11. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para hacer las cosas como los demás niños/as de su edad? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			



E. Limitaciones o dificultades graves o importantes que tienen en la actualidad los miembros del hogar menores de 6 años (0-5) (Continuación)

Nombre y nº de orden del/de la menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden 5 <input type="text"/>			
12. ¿Algún/a niño/a se encuentra frecuentemente triste o deprimido/a? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
13. En comparación con los demás niños/as de su edad, ¿algún/a niño/a está frecuentemente ausente, aislado/a o tiene dificultad para relacionarse con otros/as niños/as, jugar o expresar afecto? 1. SÍ 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
Entrevistador/a: Sólo para niños/as de 2 años o más				
14. Si a algún/a niño/a le dice que haga algo, ¿tiene dificultad para comprender órdenes sencillas? 1. SÍ 6. NO 8. No procede (edad inferior a 2 años)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8			
Entrevistador: Sólo para niños/as de 2 ó 3 años				
15. ¿Algún/a niño/a tiene dificultad para reconocer y nombrar un objeto cotidiano? Por ejemplo: un animal, un juguete, una taza, ... 1. SÍ 6. NO 8. No procede (edad inferior a 2 años o superior a 3 años)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8			
Entrevistador: Sólo para niños/as de 3, 4 ó 5 años				
16. ¿Nota que algún/a niño/a tiene diferencias en la forma de hablar con respecto a otros niños/as de su edad? Por ejemplo no habla lo suficientemente claro como para que le comprendan personas que no pertenezcan a su entorno 1. SÍ 6. NO 8. No procede (edad inferior a 3 años)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8			



E. Limitaciones o dificultades graves o importantes que tienen en la actualidad los miembros del hogar menores de 6 años (0-5) (Continuación)

Nombre y nº de orden del/de la menor	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>	Nº de orden <input type="text" value="5"/> <input type="text"/>
17. ¿Participa el/la niño/a en algún programa de atención temprana o se le presta algún servicio de estimulación, logopedia, ...? 1. Sí 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
18. ¿A algún/a niño/a le ha diagnosticado el/la médico/a alguna otra enfermedad o el/la psicólogo/a algún problema de duración total esperada superior a un año, por el que necesite cuidados o atenciones especiales? 1. Sí 6. NO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			
Entrevistador/a: Considere al/a la menor encuestable, si se ha respondido SI a alguna de las preguntas 1 a 18, y no encuestable en caso contrario.				
19. Es: 1. Encuestable 6. No encuestable	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6			

F. Ingresos monetarios de los miembros del hogar

Entrevistador/a, lea lo siguiente al/a la informante:

Este apartado trata sobre la situación laboral y los ingresos regulares percibidos en la actualidad por los miembros del hogar, que no sean personas empleadas residentes ni huéspedes residentes, si los hubiere.

1. ¿Perciben actualmente los miembros de su hogar ingresos monetarios regulares procedentes de las siguientes fuentes?

- | | |
|--|---|
| 1. Trabajo por cuenta propia o ajena | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Pensiones contributivas (jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad, en favor de familiares, SOVI) | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Pensiones no contributivas (jubilación, invalidez) | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Prestaciones y subsidios de desempleo | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Asignaciones económicas por hijo/a cargo | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 6. Otros subsidios y prestaciones sociales regulares (salario de inserción social, ayudas a la familia, programas de ayudas de comunidades autónomas, prestaciones LISMI, pensiones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, ...) | SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 7. Rentas de la propiedad y del capital (alquileres, dividendos, intereses, ...) | SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 8. Otros ingresos monetarios | SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |
| 9. Ninguna fuente de ingresos | SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 |



F. Ingresos monetarios de los miembros del hogar (Continuación)

Entrevistador/a: Consulte las respuestas dadas en la pregunta 1

Si hay una respuesta con Sí (excepto la categoría 9) → pase a la pregunta 3

Si hay más de una respuesta con Sí (de las categorías 1 a 8) → pase a la pregunta 2

Si sólo hay una respuesta con Sí y corresponde a la categoría 9 → pase al Módulo G

2. ¿Cuál de las anteriores es la fuente por la que reciben mayores ingresos monetarios?

Fuente principal

3. ¿Cuál es el importe mensual de estos ingresos totales del hogar?. Dígame por favor los ingresos netos, es decir, lo que se percibe en mano

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Menos de 500 euros | <input type="checkbox"/> 1 | De 2.500 a menos de 3.000 euros | <input type="checkbox"/> 6 |
| De 500 a menos de 1.000 euros | <input type="checkbox"/> 2 | De 3.000 a menos de 5.000 euros | <input type="checkbox"/> 7 |
| De 1.000 a menos de 1.500 euros | <input type="checkbox"/> 3 | De 5.000 a menos de 7.000 euros | <input type="checkbox"/> 8 |
| De 1.500 a menos de 2.000 euros | <input type="checkbox"/> 4 | De 7.000 a menos de 9.000 euros | <input type="checkbox"/> 9 |
| De 2.000 a menos de 2.500 euros | <input type="checkbox"/> 5 | De 9.000 y más euros | <input type="checkbox"/> 10 |

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

Entrevistador/a, lea lo siguiente al/a la informante:

* Ahora voy a preguntarle por las prestaciones sociales extraordinarias que han podido recibir en los últimos 12 meses los miembros de este hogar que no sean personas empleadas residentes ni huéspedes residentes, si los hubiere

* Por prestaciones sociales debe entenderse: Ayudas a la natalidad, por matrimonio, ayudas para personas con discapacidad (para rehabilitación, educación, cuidados...), ayudas de acción social públicas o privadas en el ámbito laboral, indemnizaciones, ayudas para pagos sanitarios, ayudas al estudio diferentes de becas, (ayudas de asociaciones, ONGs, ...) 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, ...)

1. ¿Ha obtenido el hogar en los últimos doce meses alguna prestación social extraordinaria o alguna ayuda procedente del sistema público de protección social o de entidades privadas?

SÍ 1

NO 6 → Apartado H

2. ¿Cuál ha sido el importe neto de estos ingresos en los últimos doce meses?

Si no conoce la cifra exacta, dé una aproximación

Entrevistador/a, lea lo siguiente al/a la informante:

Considere la suma de todas las prestaciones sociales extraordinarias netas percibidas individualmente por las personas, y las ayudas recibidas por el hogar en su conjunto, no contabilizando aquéllas que estén en expectativa de cobro

Importe neto



H. Gasto debido a la discapacidad

Entrevistador/a: Compruebe si algún miembro de este hogar de cualquier edad, tiene alguna discapacidad o limitación. Si es así, continúe en la pregunta 1 y en caso contrario, pase al Apartado I

Entrevistador/a, lea lo siguiente al/a la informante:

*** Ahora voy a preguntarle por los gastos que en los últimos 12 meses han causado al hogar, las limitaciones o dificultades para hacer las actividades de la vida cotidiana de los miembros del hogar que no sean personas empleadas residentes ni huéspedes residentes, si los hubiere. De estos gastos debe descontar todo tipo de reducción, exención o deducción de tasas, impuestos, ...**

*** No incluya el dinero que su hogar adelante pero que posteriormente le sea reembolsado, en todo o en parte**

- 1. Por favor, ¿cuánto dinero ha gastado su hogar en los últimos 12 meses de su propio bolsillo (es decir, sin ayuda económica), debido a las discapacidades o limitaciones de los miembros de su hogar?**

Gasto total

- 2. De la siguiente lista de gastos, ¿cuáles son los tres en los que ha realizado en los últimos 12 meses un mayor gasto monetario debido a estas discapacidades o limitaciones?**

Ayudas técnicas	<input type="checkbox"/> 1	Vivienda	<input type="checkbox"/> 8
Adaptaciones	<input type="checkbox"/> 2	Equipamiento y suministros del hogar	<input type="checkbox"/> 9
Asistencia personal	<input type="checkbox"/> 3	Ropa, útiles personales de uso común	<input type="checkbox"/> 10
Tratamientos médicos, terapéuticos, habilitadores, rehabilitadores	<input type="checkbox"/> 4	Defensa de derechos, protección legal	<input type="checkbox"/> 11
Fármacos	<input type="checkbox"/> 5	Protección (previsión) económica	<input type="checkbox"/> 12
Transporte y desplazamientos	<input type="checkbox"/> 6	Trámites, gestión, administración	<input type="checkbox"/> 13
Escolarización, formación, aprendizaje, adiestramiento	<input type="checkbox"/> 7	Otros gastos	<input type="checkbox"/> 14

I.1 Condiciones y accesibilidad de la vivienda

- 1. Entrevistador/a:**

¿En la vivienda hay varios hogares?

SÍ 1 → Número de hogares

NO 6

- 2. ¿De cuántos dormitorios dispone su hogar?**

Entrevistador/a: En el caso de que haya más de un hogar en la vivienda, anote exclusivamente el nº de dormitorios utilizados por este hogar

Número de dormitorios

- 3. ¿De cuántos m² útiles dispone su hogar aproximadamente?**

Entrevistador/a: En el caso de que haya más de un hogar en la vivienda, incluya la superficie de las zonas compartidas con los otros hogares

m²

- 4. ¿Existe en el interior de su vivienda algún tramo de escaleras sin rampa, barandilla adaptada, ni otro sistema de ascenso/descenso automático?**

SÍ 1 NO 6



I.1 Condiciones y accesibilidad de la vivienda (Continuación)

5. Para cada uno de los bienes que se relacionan a continuación, dígame si el hogar o alguno de sus miembros dispone de ellos, independientemente de que sean de su propiedad, alquilados o puestos a su disposición de cualquier otra forma

1. Ducha	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	8. Radio	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
2. Bañera	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	9. Teléfono móvil	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
3. Cocina	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	10. Teléfono fijo	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
4. Frigorífico	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	11. Ordenador personal	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
5. Microondas	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	12. Acceso a internet	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
6. Lavadora	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	13. Calefacción u otro sistema para mantener la casa caliente, excepto brasero y estufa a gas	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
7. Televisor	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	14. Aire acondicionado	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6

6. ¿Tiene su vivienda alguno de los siguientes problemas?

1. Goteras, humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	4. Agua de consumo de mala calidad	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
2. Ruido	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	5. Contaminación del aire provocada por industria cercana, vertedero, incineradora u otras causas	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
3. Malos olores	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6	6. Presencia de animales que causan importantes molestias	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6

J. Matriz de relaciones de parentesco de los miembros del hogar

Entrevistador/a:

En la cabecera de la Tabla, anote a la persona de referencia (P.R.), y a continuación a los miembros del hogar con alguna/s discapacidad/es, si los hubiere

En el ladillo, anote a todos los miembros del hogar (excepto a la P.R.), empezando por los que tengan alguna/s discapacidad/es, si los hubiere

Si la P.R. es una persona con discapacidad, en el ladillo no anote a esa persona, pues prima su condición de P.R.

En los peines de cada celda de la tabla, anote el código de relación de parentesco que proceda, de los que figuran en la siguiente lista:

Códigos de relaciones de parentesco

- | | |
|--|---|
| 1. Cónyuge/pareja | 7. Cuñado/a o concuñado/a |
| 2. Hijo/a (de la persona de la cabecera o de su cónyuge o pareja) | 8. Abuelo/a |
| 3. Yerno/Nuera (de la persona de la cabecera de la tabla o de su cónyuge o pareja) | 9. Nieto/a |
| 4. Padre/Madre | 10. Otro pariente |
| 5. Padre/Madre del cónyuge o pareja de la persona de la cabecera de la tabla | 11. Otro pariente del cónyuge o pareja de la persona de la cabecera de la tabla |
| 6. Hermano/a | 12. Persona residente empleada en el hogar |
| | 13. Huésped |
| | 14. Otra relación |



J. Matriz de relaciones de parentesco de los miembros del hogar

Miembros del hogar distintos de la persona de referencia Nombre y N° de orden	Persona de referencia Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden	Persona con discapacidad o limitación Nombre y N° de orden
De _____ □□ □□	0 1 □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□
De _____ □□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□	□□ □□



I.2 Condiciones y accesibilidad de la vivienda

A cumplimentar exclusivamente por el entrevistador/a

7. Entrevistador/a: Anote el tipo de edificio en el que está ubicada la vivienda

Vivienda unifamiliar (independiente, adosada o pareada) 1

Edificio de pisos con ascensor 2 → nº de la planta en que está la vivienda

Edificio de pisos sin ascensor 3 → nº de la planta en que está la vivienda

8. Entrevistador/a: ¿Existe algún tramo de escaleras para acceder a la puerta del edificio, sin rampa, barandilla adaptada, ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

SÍ 1

NO 6

9. Entrevistador/a: ¿Existe algún tramo de escaleras dentro del portal antes del ascensor o desde el ascensor hasta la puerta de la vivienda, sin rampa, barandilla adaptada, ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

SÍ 1

NO 6

Muchas gracias por su colaboración

K. Hora de finalización de la entrevista y fecha de cumplimentación de este cuestionario

1. Hora de finalización de la entrevista Hora Minutos

2. Fecha de cumplimentación de este cuestionario Día Mes Año

Entrevistador/a, tenga en cuenta lo siguiente:

* Cuando finalice todos los cuestionarios de este hogar, deberá cumplimentar en la portada de este cuestionario, el Apartado A, recuadro 4 "Otros datos"

* Anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario

Observaciones

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), es una investigación 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.

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 D y E.

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).

