



NATIONAL SURVEY OF SSI CHILDREN
AND FAMILIES (NSCF)

Survey Instruments (Spanish)
February 2012



Directions for Reading a CATI/CAPI on Paper

The NSCF survey was designed to be administered via CATI, Computer-Assisted Telephone Interviewing, or CAPI, Computer-Assisted Personal Interview. With CATI/CAPIs, the interview takes place either over the phone or in-person with the interviewer reading questions and possible responses off of a computer screen and then entering data from the respondent directly into the computer.

It is important to note that these paper versions have certain markings and directions that were written into programming code to make the interviews as streamlined and straightforward as possible for each respondent. A short explanation of some of the items you will encounter should help you read the instruments much in the same way that the CATI/CAPI interviewer did.

KEY FOR READING THE ITEMS:

() Parentheses signal that the contents within them were tailored to the respondents. For example, (NAME) indicates that the sample member's name was automatically filled in for the interviewer. Occasionally, the wording displayed is based on a respondent's previous answer. Again, in these instances, the computer program automatically displayed the appropriate text for the interviewer.

ALL CAPS/
italics Text that appears in all capital letters or in italics was not read aloud by the interviewer. If a series of response codes are listed in all caps, the interviewer did not read those response codes but instead marked those that applied based on the respondent's answers.

PROBE This code designates additional information that could have been read to respondents if they were unclear about what the question was asking. These were clarifying statements that were used at the interviewer's discretion.

Arrows Arrows are used to provide instruction about the next survey item to be administered to a respondent based on his/her response. Reading these skips accurately is necessary to understand which respondents were asked which questions. Not every respondent was asked all of the questions in the survey. The skips denoted were automatically executed by the computer in the CATI/CAPI.

Example:

In the example below, respondents who answered "Yes" continued to the next immediate item. Respondents who answered "No" or "Don't know" or who refused to answer skipped the next item and proceeded directly to K8.

| | | | |
|------------------|----|-----|----------|
| YES..... | 01 | } → | Go to K8 |
| NO | 00 | | |
| DON'T KNOW | d | | |
| REFUSED..... | r | | |

PART A. INTRODUCTION AND SCREENER

All
 A1. CHECK PRE-LOADED AGE: Is NAME'S age...

<18..... 02→ Go to A3

All (18+)
 A2. INTERVIEWER ENTER: Who/Where are you calling?

(NAME'S) LAST KNOWN ADDRESS 01→ Continue
 PARENT/GUARDIAN OF (NAME) 02→ Continue
 (NAME) HIM/HERSELF 03→ Go to A57
 KNOWN PROXY FOR (NAME)..... 04→ Go to A57a

IN
 A3. Buen día. Mi nombre es _____, y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de la Social Security Administration. Por favor, ¿puedo hablar con la madre , el padre el tutor de (FIRST AND LAST NAME)?

CONTINUE, SPEAKING WITH PARENT
 ORGUARDIAN..... 01→ Go to A8
 PARENT/GUARDIAN COMES TO PHONE 02→ Go to A7
 PARENT/GUARDIAN DOESN'T LIVE HERE ... 03→ Go to A5
 LANGUAGE BARRIER..... 04→ LANG
 NO SUCH PERSON AT THIS NUMBER..... 07→ THAN
 SUPERVISOR REVIEW REQUIRED 08
 (NAME) REPORTED DECEASED 09→ Go to A14
 HUNG UP DURING INTRODUCTION H → End Interview
 CALLBACK C
 REFUSED R

IN

A4. Su familia debe de haber recibido una carta explicando que llamaríamos acerca de un importante estudio sobre la salud de (FILL "NIÑOS" IF AGE <17; "ADULTOS JOVENES" IF AGE 17+). ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para hablar con la madre o el padre o tutor de (NAME)?

PROBE: Generalmente, ¿cuándo está (ÉL/ELLA) en casa?

Go to callback screen. End interview.

IN

A5. ¿Sabe Ud. dónde me puedo comunicar con uno de los padres o el tutor de (NAME), (FILL IF AGE = 18+, "O CON (NAME) MISMO(A)")?

YES..... 01
NO..... 00 → *Go to A6a*
DON'T KNOW d → *Go to A6a*
REFUSED r → *Go to A6a*

IN

A6. ¿Cuáles son el nombre, la dirección y el número de teléfono de la madre o el padre o tutor de (NAME) (FILL IF AGE = 18+, "O DE (NAME) MISMO(A)")?

NAME: _____
STREET ADDRESS: _____

CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (____) ____ - ____
 AREA CODE

DON'T KNOW d
REFUSED r

INTERVIEWER, MARK ONE: IS THIS PERSON...

(NAME) 01
(NAME'S) PARENT OR GUARDIAN 02
OTHER (SPECIFY) 03

END INTERVIEW, SEND A6 TO DIAL SCREEN, START A2 =02

^{IN}
A6a. ¿Conoce a alguien que sepa cómo comunicarse con uno de los padres o con el tutor de (NAME), (FILL IF AGE = 18+, "O CON (NAME) MISMO(A)")?

- YES 01
- NO..... 00→ *End Interview*
- DON'T KNOW d→ *End Interview*
- REFUSED r→ *End Interview*

^{IN}
A6b. ¿Cuáles son el nombre, la dirección y el número de teléfono de esta persona?

NAME: _____

STREET ADDRESS: _____

CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (____|____|____) |____|____|____ - |____|____|____|
 AREA CODE

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

^{IN}
A6c. ¿Cuál es el parentesco de esta persona con (NAME) si lo hay?

- GRANDPARENT 07
- BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP) OF (NAME) 08
- AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
- (NAME'S) SPOUSE 10
- HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND 13
- OTHER RELATIVE OF (NAME) (SPECIFY IN QUESTION) 15
- NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION) 16
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

END INTERVIEW, SEND A6b AND A6c TO LOCATING

^{CP, YP}
A7. Hola, mi nombre es _____, y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de la Social Security Administration. *Continue to A8.*

A8. Ud. quizás recibió una carta explicando que estamos conduciendo un estudio acerca de la salud de (FILL “NIÑOS” IF AGE <17; “PERSONAS JÓVENES” IF AGE 17+). El estudio incluye (FILL “NIÑOS” IF AGE <17; “PERSONAS JÓVENES” IF AGE 17+) que están recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario, o SSI; y (FILL “NIÑOS” IF AGE < 17; “PERSONAS JÓVENES” IF AGE 17+) cuyas familias alguna vez solicitaron o recibieron SSI en nombre de ellos. Estamos llamando para seguir con la salud de (NAME), y del bienestar de su familia. ¿Aún vive (NAME) aquí o vive (NAME) en otro lugar?

| | | |
|--------------------------------------|-----|---|
| YES, (NAME) STILL LIVES HERE | 01→ | <i>Go to A29</i> |
| NO, (NAME) LIVES SOMEWHERE ELSE..... | 00→ | <i>IF AGE <18</i> <i>Go to A9; ELSE</i> <i>A10</i> |
| (NAME) DIED | 02→ | <i>Go to A14</i> |
| DON'T KNOW..... | d→ | <i>IF AGE <18 Go</i> <i>to A9; ELSE A10</i> |
| REFUSED..... | r→ | <i>IF AGE <18 Go</i> <i>to A9; ELSE A10</i> |

CP (age <18)

A9. ¿Dónde vive (NAME)? ¿Sería eso. . .

Read list, code only one answer

Con un pariente..... 01 → *Go to A15*
Con un amigo de la familia..... 03 → *Go to A15*
En una residencia (PROBE: Tal cómo una
residencia asistido (assisted living facility),
un centro de vida independiente,un hogar de
cuidado personal, o un “halfway house”). 04 → *Go to A21*
En una institución de Medicaid..... 05 → *Continue*
En la escuela..... 06 → *Go to A21*
En un hogar de crianza (foster home)..... 07 → *Go to A15*
(NAME) IS IN JAIL/PRISON/JUVENILE
CORRECTION FACILITY 09 → *Set*
RTYPE=01; Go to
Part N
(NAME) IS DECEASED 10 → *Go to A14*
(NAME) RAN AWAY/LEFT HOME..... 11 → *Go to A11*
En algún otro lugar (SPECIFY)↴..... 12 → *Go to A15*

DON'T KNOW d → *Go to A11*
REFUSED r → *End Interview*

CP (age <18)

A9a. Para confirmar, paga Medicaid la mitad, o más, del costo de la estadía de (NAME) en este lugar?

YES..... 01 → *End Interview*
NO..... 00 → *Go to A21*
DON'T KNOW d → *End Interview*
REFUSED r → *End Interview*

YP (age 18+)

A10. ¿Dónde vive (NAME)? ¿Sería eso...

Read list, code only one answer

-
- Con un pariente, no incluyendo a su esposo(a)
o a sus propios hijos” 01→ *Go to A18*
En su propia casa (PROBE: sea sólo(a) o
con amistades, compañeros (roomates), o
con su propia familia) 02→ *Go to A16*
En una residencial, (PROBE: Tal cómo una
residencia de alojamiento asistido(assisted
living facility), un centro de vida independiente,
un hogar de cuidado personal, o un “halfway
house”) 04 → *Go to A25*
En una institución de Medicaid 05 → *Continue*
En la escuela 06→ *Go to A29*
En un hogar de convalescentes o “Nursing
home”? 08→ *Go to A25*
(NAME) IS IN JAIL/PRISON/JUVENILE
CORRECTION FACILITY 09→ *Go to A34*
(NAME) IS DECEASED 10→ *Go to A14*
(NAME) RAN AWAY/LEFT HOME 11→ *Go to A11*
En algún otro lugar (SPECIFY)↴ 12→ *Go to A18*
-
- DON'T KNOW d→ *Go to A11*
REFUSED r→ *End Interview*

YP (age 18+)

A10a. Para confirmar, paga Medicaid la mitad, o más, del costo de la estadía de
(NAME) en este lugar?

- YES 01→ *End Interview*
NO 00→ *Go to A25*
DON'T KNOW d → *End Interview*
REFUSED r → *End Interview*

CP, YP

A11. ¿En qué mes y año vivió (NAME) con Ud. la última vez?

|_|_| MONTH |_|_|_|_| YEAR (1970-2001)

(NAME) NEVER LIVED WITH RESPONDENT 99→ Go to A12a

DON'T KNOW d→ Go to A13

REFUSED r→ Go to A13

CP, YP

A12. CHECK: Is time in A11 more than 12 months ago?

YES 01→ Continue

NO 00→ Go to A13

CP, YP

A12a. ¿Conoce a alguien que sepa cómo comunicarse con (NAME) o el lugar dónde vive (EL/ELLA)?

YES 01

NO 00→ End Interview

DON'T KNOW d→ End Interview

REFUSED d→ End Interview

CP, YP

A12b. ¿Cuáles son el nombre, la dirección y el número de teléfono de esta persona?

NAME: _____

STREET ADDRESS: _____

CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|) |_|_|_| - |_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP

A12c. ¿Cuál es el parentesco de esta persona con (NAME), si hay parentesco ?

- (NAME) HIMSELF/HERSELF 01
- MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02
- FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
- STEP-PARENT OF (NAME) 04
- FOSTER PARENT OF (NAME) 05
- GRANDPARENT 07
- BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP)
OF (NAME) 08
- AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
- (NAME'S) SPOUSE 10
- HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND 13
- OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
- NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION) 16
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

END INTERVIEW, SEND A11, A12b, and A12c TO LOCATING

CP, YP

A13. Aunque Ud. no sabe dónde anda (NAME), en todo caso quisiera continuar la entrevista con usted. Las preguntas son fáciles. Son acerca de la salud de (NAME), y de la vida diaria de su familia. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta, por favor dígamelo.

CONTINUE INTERVIEW 01 → *Go to A29*

CP, YP

A14. Me apena mucho oír que (ÉL/ELLA) falleció. Estoy llamando acerca de un estudio que estamos conduciendo para Social Security Administration. Una carta explicando por qué estamos llamando le fue enviada a recientemente. ¿Cuándo falleció (NAME)?

____/____/____
MONTH DAY YEAR

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

Muchas gracias. Y acompañándole en el sudor. *End Interview.*

CP

A15. ¿Cuáles son el nombre y la dirección de la persona con quien (NAME) vive?

PERSON NAME: _____
 STREET ADDRESS: _____
 CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
 TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d → *End Interview*
 REFUSED r → *End Interview*

GO TO A20

CP, YP

A16. CHECK AGE: Is NAME'S age...

<18 01 → *Go to A29*
 18+ 02 → *Continue*

YP

A17. ¿Está viviendo (NAME) con su esposo(a) o sus hijos, está viviendo con amistades o compañeros (roommates), o vive sólo(a)?

LIVING WITH OWN SPOUSE/CHILDREN 01
 LIVING WITH FRIENDS/ROOMMATES 02
 LIVING ALONE 03
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

YP

A18. Quisiéramos comunicarnos con (NAME) allí. ¿Cuál es la dirección y el número de teléfono del lugar donde (NAME) está viviendo

STREET ADDRESS: _____
 CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
 TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d → *End Interview*
 REFUSED r → *End Interview*

YP

A19. ¿Hay alguna persona allí con la cual debemos de hablar acerca de (NAME)? o debemos preguntar por (NAME) mismo(a)?

YES (SPECIFY PERSON) ↘ 01

NO, SPEAK TO (NAME) 00 → Go to A24

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP

A20. ¿Cómo está esta persona emparentada con (NAME), si hay algún parentesco?

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02 → Set
RTYPE=01

FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03 → Set
RTYPE=01

STEP-PARENT OF (NAME) 04 → Set
RTYPE=01

FOSTER PARENT OF (NAME) 05 → Set
RTYPE=01

GRANDPARENT 07 → Set
RTYPE=03

BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP)
OF (NAME) 08 → Set
RTYPE=03

AUNT/UNCLE OF (NAME) 09 → Set
RTYPE=03

(NAME'S) SPOUSE 10 → Set
RTYPE=03

OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15 → Set
RTYPE=03

NOT RELATED
(SPECIFY IN QUESTION) 16 → Set
RTYPE=03

DON'T KNOW d → Set RTYPE=03

REFUSED r → Set RTYPE=03

**IF AGE=18+ GO TO A24;
ELSE CONTINUE**

CP

A21. ¿Por cuánto tiempo ha estado (NAME) viviendo allí?

|_|_| MONTHS OR |_|_| YEARS (0-99)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP

A22. CHECK: Is (NAME) living in a residential facility, Medicaid institution or school, i.e., is A9 = 04, 05, or 06?

YES..... 01→ Go to A29

NO..... 00→ Continue

CP (not living in residential facility or school)

A23. CHECK: Is time in A21 greater than 12 months or 1 year?

YES..... 01→ Continue

NO..... 00→ Go to A29

CP, YP

A24. Le agradezco el tiempo que nos brindó. Nos trataremos de comunicar con (FILL "ESA PERSONA" IF AGE <18; "(NAME) ALLÍ" IF AGE = 18+). Esas son todas mis preguntas.

END INTERVIEW, SEND A9, A15, A20, AND A21 TO DIAL SCREEN, IF A24=2,3,4,5 SET A2=02; IF A24= 7,8,9,10,15,16, d, r, SET A2=04

CP, YP

A25. CHECK AGE: Is NAME'S age...

<18..... 01→ Go to A29

18+ 02→ Continue

YP

A26. Quisiéramos comunicarnos con (NAME) allí. ¿Cuáles son la dirección y el número de teléfono del lugar donde (NAME) está viviendo?

PLACE NAME _____

STREET ADDRESS: _____

CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|) |_|_|_| - |_|_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP

A27. ¿Hay alguna persona allí con la cual debemos hablar acerca de (NAME) o debemos preguntar por (NAME) mismo(a)?

YES (SPECIFY PERSON) ↘ 01

NO, SPEAK TO (NAME) 00

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP

A28. Le agradezco el tiempo que nos brindó. Trataremos de comunicarnos con aquel lugar. Esas son todas mis preguntas. END INTERVIEW

END INTERVIEW, SEND A9 or A10, A26 AND A27 TO DIAL SCREEN; IF A27= 00, START A2 = 03; IF A27=01, START A2=04

CP, YP

A29. Permítame empezar con un poco de información acerca de este estudio. Su participación en este estudio es voluntaria, y no afectará ningún beneficio de SSI que (NAME) reciba ahora, o por la cual aplicué en el futuro. Las respuestas que Ud. me de son estrictamente confidenciales, y sólo serán usadas para propósitos de estudio.

Para agradecerle el tiempo que nos brindará, le enviaremos (FILL “UN CHEQUE POR \$10.00” IF INCENTIVE TYPE =1; FILL “ UNA TARJETA CON DÉBITO DE \$10.00 IF INCENTIVE TYPE=2; FILL “UNA TARJETA TELEFÓNICA DE \$10.00 IF INCENTIVE TYPE=3), después de terminar la entrevista. Quisiera empezar la entrevista ahora mismo.

Las preguntas son fáciles. Son acerca de la salud de (NAME), y de la vida diaria de su familia.

READ IF NECESSARY: Calculamos que tomará unos 60 minutos para completar esta entrevista.

BEGIN INTERVIEW 01 → *Go to A33*

NOT A GOOD TIME (SCHEDULE CALLBACK) 02 → *Go to A32a*

DID NOT RECEIVE OR DOES NOT RECALL LETTER 03 → *Continue*

CP, YP

A30. La carta explicaba que Ud. fue seleccionado(a) de una lista de familias que han recibido beneficios de SSI para uno de sus hijos, o que completaron una solicitud para recibir beneficios, en el pasado. La carta explicaba que le ibamos a llamar para conducir una entrevista. Quisiera empezar la entrevista ahora mismo.

BEGIN INTERVIEW 01 → Go to A33
NOT A GOOD TIME (SCHEDULE
CALLBACK) 02 → Go to A32a
WANTS ANOTHER LETTER 03 → Continue

CP, YP

A31. ¿A qué dirección quiere que le enviemos la carta?

STREET ADDRESS: _____
CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____

DON'T KNOW d → Go to A33
REFUSED r → Go to A33

CP, YP

A32. Ud. recibirá la carta dentro de unos días. Se la puedo leer ahora. ¿Podemos empezar?

YES 01 → Read letter, then go to
A33
NO 00 → Continue

INTERVIEWER- IF NO READ: We will call you back I about a week so you have a chance to receive the letter. Thank you for your time.

A32a. ¿Cuándo le sería conveniente volver a llamar?

Go to callback screen. End interview.

CP, YP

A33. Primero, quisiera verificar alguna información acerca de (NAME). ¿Es (NAME) hombre o mujer?

MALE 01
FEMALE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

A34. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (NAME)?

____/____/____ (1970-2001)
MONTH DAY YEAR

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP

A35. CHECK: Does date of birth in A34 match pre-loaded date of birth (2 OF 3 MATCH)?

YES 00 → Go to A39a

ONE DIDN'T MATCH 01 → Go to A36

TWO DIDN'T MATCH 02 → Go to A36

THREE DIDN'T MATCH 03 → Go to A36

CP, YP

A36. ¿Ha solicitado (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02; "NAME" IF RTYPE=03) o alguna persona en su familia Seguridad de Ingreso Suplementario, o beneficios de SSI; para (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03, "UD." IF RTYPE=02) entre 1978 y 2001?

YES 01 → Go to A39a

NO 00 → Go to A38

DON'T KNOW d → Go to A38

REFUSED r → Go to A38

CP, YP

A37. DELETED

CP, YP

A38. Hay un problema con nuestros registros, y no estoy seguro(a) que nos hemos comunicado con la persona correcta. Necesito hablar con mi supervisor(a). Alguien le llamará dentro de poco. Gracias.

End interview, record problem.

CP, YP

A39a. ¿En qué ciudad y estado vive (NAME) ahora?

CITY _____ STATE _____

DON'T KNOW d → Continue

REFUSED r → Continue

CP, YP

A39a1.CHECK: Is (NAME) living outside the contiguous 48 states (i.e., in Alaska, Hawaii, or a U.S. trust territory)?

YES..... 01→ End Interview
NO..... 00→ IF A9=09 or A10=09
Go to Section N; else
continue

CP, YP

A39b. ¿Ha estado (NAME) viviendo con Ud. desde que (ÉL/ELLA) nació, o también ha vivido (NAME) con otras personas o en otros lugares?

LIVED WITH RESPONDENT SINCE BIRTH 01→ Go to A41
LIVED WITH OTHER PEOPLE/PLACES..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

A40. ¿En qué año vino (NAME) a vivir con Ud., lo más recientemente?

|_|_|_|_| YEAR (1970-2001)
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

A41. Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de las personas que viven en su hogar, actualmente. Esto incluye tanto a niños como adultos, y también puede incluir a personas que no tienen una relación de familia o parentesco con usted. ¿Cuántas personas, en total, viven en su hogar, incluyendo Ud. misma(o)?

PROBE: Esto incluye a todas las personas que generalmente viven allí, incluyendo a los que están temporalmente fuera del hogar, viajando por negocios, de vacaciones, internados en el hospital, o estudiando.

|_|_|_| HOUSEHOLD MEMBERS (2-20)→ Go to A42
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

A41a. Esto es un dato muy importante

|_|_|_| HOUSEHOLD MEMBERS (2-20)
DON'T KNOW d→ Go to A42
REFUSED r→ End Interview

CP, YP

A42. Para cada individuo, por favor dígame su primer nombre, sexo, edad, y la relación de familia o parentesco que tienen con (NAME). Ya sé lo de (NAME) empezamos con Ud. Por favor, no incluya a (NAME) en la lista.

PROBE: Necesito esta información para saber cuáles preguntas hacerle más tarde en la entrevista. Porque todos los hogares y familias son diferentes, quizás hay preguntas que no son aplicables a ustedes.

INTERVIEWER: DO NOT INCLUDE (NAME) IN THE LIST.

| A. ¿Cuál es su nombre? | B. ¿Es esa persona hombre o mujer? | C. ¿Qué edad tiene? | D. ¿Cuál es su relación o parentesco con (NAME)? <i>Use Relationship Code List</i> |
|------------------------|--|---------------------|---|
| 1. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 2. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 3. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 4. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 5. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 6. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |

| | | | |
|------------------------|--|---------------------|---|
| A. ¿Cuál es su nombre? | B. ¿Es esa persona hombre o mujer? | C. ¿Qué edad tiene? | D. ¿Cuál es su relación o parentesco con (NAME)? <i>Use Relationship Code List</i> |
| 7. _____ | Male 01 Female 02 DK d RF r | _ _ YEARS OLD | _ _ |

PROGRAMMER NOTE: Create space for 14 household members.

GO TO A43

Relationship Codes

- 02 MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)
- 03 FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)
- 04 STEP-PARENT OF (NAME)
- 05 FOSTER PARENT OF (NAME)
- 06 UNMARRIED PARTNER OF PARENT
- 07 GRANDPARENT
- 08 BROTHER/SISTER OF (NAME)
- 09 AUNT/UNCLE OF (NAME)
- 10 (NAME'S) SPOUSE
- 11 (NAME'S) CHILD
- 12 FOSTER CHILD LIVING WITH FAMILY
- 13 HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND
- 14 ROOMER/BOARDER
- 15 OTHER RELATIVE OF (NAME) (SPECIFY IN QUESTION)
- 16 OTHER NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION)

INTERVIEWER INSTRUCTION: IF RESPONDENT ANSWERS "MOTHER" OR "FATHER" FOLLOW-UP WITH: "(ARE YOU/IS THIS PERSON) THE BIOLOGICAL, STEP, ADOPTIVE, OR FOSTER (MOTHER/FATHER) OF (NAME)?"

Quisiera tomar un momento para asegurar que ha registrado exactamente la information sobre las personas en su hogar.

INTERVIEWER: CONFIRM INFORMATION IN HOUSEHOLD GRID.

CP, YP

A43. CHECK: Is (NAME) living with a foster parent, i.e., is A42D_1 – A42D_14=05?

YES..... 01 → *Continue*
NO, <18..... 02 → *Go to Part B*
NO..... 03 → *Go to A50*

CP, YP (in foster care)

A44. ¿Ud. mencionó que (NAME) es su hijo(a) de crianza (foster child). ¿Por cuánto tiempo ha vivido (NAME) con usted?

PROBE IF MORE THAN ONE TIME: ¿Por cuánto tiempo en total ha vivido (NAME) con usted?

NOT IN FOSTER CARE 97 → *If Age <18 go to Part B; else go to A50*
DON'T KNOW d
REFUSED r

NUMBER

____ (01-94)

95 + 95
SINCE BIRTH..... 96 → *Go to A47*
DON'T KNOW d
REFUSED r

TIME PERIOD

DAYS 01
WEEKS 02
MONTHS 03
YEARS 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (in foster care)
1978 Survey

A45. Y antes de venir a vivir aquí, ¿dónde vivía?

Do not read list, code one answer

GROUP HOME, FAMILY CARE HOME,
PERSONAL CARE HOME, FOSTER CARE
HOME 01
FOSTER FAMILY..... 02
SPECIAL SCHOOL FOR DISABLED
CHILDREN..... 03
REGULAR SCHOOL..... 04
WITH ONE OR BOTH NATURAL PARENTS ... 05
WITH OTHER RELATIVE 06
OTHER (SPECIFY)..... 07

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (in foster care)
1978 Survey

A46. En total, ¿cuántas veces diferentes ha sido (NAME) colocado(a) desde la primera vez que (EL/ELLA) fue llevado(a) a vivir sin sus padres naturales?

|_|_| TIMES PLACED (0-20)
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (in foster care)
1978 Survey

A47. Según lo que Ud. sabe, ¿fue (NAME) **originalmente** colocado(a) en forma voluntaria por parte de sus padres, o fue originalmente colocado(a) por orden de la corte?

VOLUNTARILY 01 → *Continue*
COURT ORDER 02 → *Go to A49*
DON'T KNOW d → *If Age <18, go to
Part B, else A50*
REFUSED r → *If Age <18, go to
Part B, else A50*

CP, YP (in foster care)
1978 Survey

A48. Según lo que Ud. sabe, ¿cuál fue la razón principal para esta colocación original por parte de los padres?

Do not read list, code one answer

- PARENT COULDN'T AFFORD CARE FOR (NAME)..... 01
 - PARENT DID NOT WANT (NAME)..... 02
 - PARENT FELT INCAPABLE OF CARING FOR (NAME)..... 03
 - PARENT ILL OR DISABLED, UNABLE TO CARE FOR (NAME)..... 04
 - OTHER (SPECIFY)↴..... 05
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

**IF AGE <18 GO TO
PART B**

CP, YP (in foster care)
1978 Survey

A49. Según lo que Ud. sabe, ¿cuál fue la razón principal para esta colocación original?

Do not read list, code one answer

- (NAME) NEGLECTED 01
 - (NAME) ABUSED..... 02
 - PARENT JUDGED INCAPABLE OF CARING FOR NAME 03
 - PARENT ILL OR DISABLED, UNABLE TO CARE FOR NAME 04
 - NO ONE AVAILABLE TO CARE FOR NAME..... 05
 - OTHER (SPECIFY)↴..... 06
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

**IF AGE <18 GO TO PART B;
ELSE CONTINUE**

YP
A50. CHECK: Is (NAME) living with his/her own spouse or children in this household, i.e., is A42D_1 – A42D_14=10,11?

YES..... 01→ Go to A52
NO..... 00→ Go to Part B

YP
A51. DELETED

YP
A52. Según nuestros procedimientos de estudio, necesito continuar la entrevista con (NAME) mismo(a). ¿Está (NAME) disponible ahora?

YES..... 01→ Go to A55,
set RTYPE=02
NO..... 00→ Continue set
RTYPE=02
(NAME) PHYSICALLY OR MENTALLY UNABLE
TO RESPOND ON THE TELEPHONE 03→ Go to A54,
set RTYPE=01
DON'T KNOW d→ Continue
set RTYPE=02
REFUSED r→ Continue
set RTYPE=02

YP
A53. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para comunicarnos con (NAME)?

PROBE: Generalmente, ¿cuándo está (EL/ELLA) en casa?

Go to callback screen. End interview.

YP
A54. En ese caso, nuestros procedimientos de estudio dicen que debo continuar la entrevista con usted.

CONTINUE INTERVIEW 01→ Go to Part B

| |
|---|
| <p>If A10=01 or 06, Set RTYPE=0; else set RTYPE=03; go to Part B</p> |
|---|

YA

A55. Buen día. Mi nombre es _____ y estoy llamando de parte de Social Security Administration. Estamos conduciendo un estudio acerca de la salud de personas jóvenes que están recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario, o SSI, o cuyas familias solicitaron o recibieron SSI en nombre de ellos. Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cómo le va. ¿Le conviene que conduzca la entrevista ahora?

YES..... 01→ Go to A56
NO..... 00→ Continue
DON'T KNOW d→ Continue
REFUSED r→ Continue

YA

A55a. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar?

PROBE: Generalmente, ¿cuándo está Ud. en casa?

Go to callback screen. End interview.

GO TO PART B

LIVING INDEPENDENTLY MODULE FOR CASES AGE 18+ WHO:

- 1. ARE NOT LIVING WITH PARENTS/GUARDIANS**
- 2. ARE LIVING WITH PARENTS/GUARDIANS BUT WITH OWN SPOUSE OR CHILDREN**
- 3. HAVE A KNOWN PROXY RESPONDENT**

YA

A56. Permítame empezar con un poco de información acerca de este estudio. Las preguntas que le estaré haciendo son acerca de la salud de Ud., y cómo se las arregla de día en día. Su participación en este estudio es voluntaria, y no afectará a ningún beneficio de SSI que Ud. reciba ahora, o por la cual aplique en el futuro. Las respuestas que me dará son estrictamente confidenciales, y sólo serán usadas para los propósitos de estudio. Para agradecerle el tiempo que nos brindará, le enviaremos (FILL "UN CHEQUE POR \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=1; FILL "UNA TARJETA DE DEBITO DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=2; FILL "UNA TARJETA TELEFONICA DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=3) después de terminar la entrevista.

READ IF NECESSARY: Calculamos que tomará unos 60 minutos para completar esta entrevista.

GO TO PART B

IN

A57. Buen día. Mi nombre es _____, y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de Social Security Administration. Por favor, ¿puedo hablar con (NAME)?

SPEAKING TO (NAME) 01→ *Go to A77*
(NAME) COMES TO PHONE..... 02→ *Go to A77*
PERSON WANTS MORE INFORMATION 03→ *Go to A63*
(NAME) PHYSICALLY OR MENTALLY UNABLE
TO RESPOND ON THE TELEPHONE 05→ *Go to A64*
(NAME) HAS A SPEECH OR
HEARING PROBLEM 06→ *Go to A73*
(NAME) DECEASED..... 07→ *Go to A62*
(NAME) DOESN'T LIVE HERE 08→ *Go to A59*
(NAME) DOES NOT SPEAK
ENGLISH OR SPANISH 09→ *Go to A64*
SUPERVISOR REVIEW REQUIRED..... s→ *Go to supervisor
review*
(NAME) UNAVAILABLE c→ *Go to callback screen*
REFUSED r→ *End Interview*

IN

A57a. Buen día. Mi nombre es _____, y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de Social Security Administration. Por favor, ¿puedo hablar con (FILL PROXY NAME IF AVAILABLE; ELSE FILL “ALGUIEN QUE SEPA ALGO DE LA VIDA DIARIA DE (NAME)”)?

SPEAKING TO PROXY 01→ *Go to A77a*
PROXY COMES TO PHONE..... 02→ *Go to A77a*
PROXY DECEASED 07→ *Go to A62*
PROXY DOESN'T LIVE HERE 08→ *Go to A59*
PROXY DOES NOT SPEAK
ENGLISH OR SPANISH 09→ *Go to A64*
PROXY UNAVAILABLE c→ *End Interview*
SUPERVISOR REVIEW REQUIRED..... s→ *Go to supervisor
review*
REFUSED r→ *End Interview*

IN

A58. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para comunicarnos con (FILL “NAME” IF A2=03; “(INSERT PROXY NAME)” IF A2=04; ELSE “ESA PERSONA”)?

Go to callback screen. End interview.

IN

A59. ¿Sabe Ud. dónde nos podemos comunicarnos con (FILL "NAME" IF A2=03; "(INSERT PROXY NAME)" IF A2=04, ELSE "ESA PERSONA")?

- YES..... 01
- NO..... 00 → *End Interview*
- DON'T KNOW d → *End Interview*
- REFUSED d → *End Interview*

IN

A60. ¿Cuál es la dirección y el número de teléfono de (FILL "NAME" IF A2=03; "(INSERT PROXY NAME; ELSE "ESA PERSONA") IF A2=04)?

STREET ADDRESS: _____
 CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
 TELEPHONE NUMBER: (____|____|____) |____|____|____ - |____|____|____|____|____|____
AREA CODE

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

INTERVIEWER MARK ONE: IS THIS INFORMATION FOR ...

- (NAME) 01
- PROXY FOR (NAME) r

IN

A60a. CHECK: Is A2 = 04, that is, are you speaking with a proxy respondent?

- YES..... 01 → *Go to A61a*
- NO..... 00 → *Continue*

IN

A61. ¿Es esta la dirección de los padres o guardianes de (NAME), o algún otro lugar?

- PARENT'S/GUARDIAN'S ADDRESS 01
- SOMEWHERE ELSE (SPECIFY) 02
- _____
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

IN

A61a. Gracias. Trataremos de comunicarnos con (ÉL/ELLA) allí.

**END INTERVIEW, SEND A60 AND A61 TO DIAL SCREEN,
 START A2=03 IF NAME, A2=04 IF PROXY**

IN

A62. Me apena mucho oír que (ÉL/ELLA) falleció. Estoy llamando acerca de un estudio que estamos conduciendo para Social Security Administration. Una carta explicando por qué estamos llamando, le fue enviada recientemente a (FILL "NAME" IF A2=03; "(INSERT PROXY NAME)" IF A2=04). ¿Cuándo falleció (NAME)?

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
MONTH DAY YEAR

DON'T KNOW d
REFUSED r

Le acompaño en el sentimiento.

IN

A63. Estoy llamando acerca de una entrevista que quisieramos conducir con (NAME), acerca de la salud de adultos jóvenes. El estudio incluye personas jóvenes que reciben beneficios de SSI, y jóvenes cuyas familias alguna vez solicitaron o recibieron SSI en su nombre. ¿Podría (ÉL/ELLA) contestar preguntas por sí mismo(a), o alguien necesitaría contestar en su nombre?

(NAME) COULD RESPOND 01→ Continue
(NAME) COULD NOT RESPOND..... 02→ Go to A64
DON'T KNOW d→ Continue
REFUSED r→ Continue

IN

A63a. ¿Puedo hablar con (NAME) por favor?

YES..... 01→ Go to A77
NO..... 00→ Go to A66
DON'T KNOW d→ Go to A66
REFUSED r→ Go to A66

IN

A64. Necesito hablar con alguien que tenga información sobre la salud de (NAME) y de su vida diaria. ¿Hay alguien allí con quien puedo hablar, y que podría contestar estas preguntas? Esto es para un estudio de seguimiento que el Social Security Administration está conduciendo con adultos jóvenes que están recibiendo beneficios de SSI, o cuyos padres o guardianes alguna vez hicieron una solicitud para beneficios de SSI en sus nombres.

SPEAKING TO PROXY 01→ Go to A71
PROXY NOT AVAILABLE, NOT A GOOD
TIME 02→ Continue
PROXY LIVES AT DIFFERENT ADDRESS 03→ Go to A67
NO PROXY AVAILABLE..... 04→ End Interview
DON'T KNOW d→ End Interview
REFUSED r→ End Interview

IN
A65. DELETED

IN
A66. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para comunicarnos con (ÉL/ELLA)?

Go to callback screen, end interview

IN
A67. Quisieramos comunicarnos con (ÉL/ELLA). ¿Me podría dar su dirección y número de teléfono?

NAME: _____
STREET ADDRESS: _____
CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d
REFUSED r

IN
A68. DELETED

IN
A69. DELETED

IN
A70. ¿Cómo está (ÉL/ELLA) relacionado(a) con (NAME), si hay algún parentesco?

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... 02
FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... 03
STEP-PARENT OF (NAME)..... 04
FOSTER PARENT OF (NAME)..... 05
GRANDPARENT 07
BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP) OF (NAME) ... 08
AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
(NAME'S) SPOUSE 10
OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION)..... 15
NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION)..... 16

**END INTERVIEW, SEND A67, A70 TO DIAL SCREEN,
START A2 = 04**

YX

A71. ¿Me puede decir por qué (NAME) necesita su ayuda para completar esta entrevista?

- TOO ILL 01
 - NOT COGNITIVELY/MENTALLY ABLE 02
 - LANGUAGE PROBLEM..... 03
 - HEARING PROBLEM (CAN'T BE RESOLVED WITH AMPLIFIER PHONE OR TTY)..... 04
 - OTHER (SPECIFY)↘..... 05
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

YX

A72. ¿Le conviene que conduzca la entrevista ahora?

- YES..... 01→ Go to A77i
- NO..... 00→ Go to A77h

IN

A73. Puedo usar un teléfono que amplifique mi voz, o la de (NAME); o podemos usar un servicio de TTY. ¿Ayudaría uno de estos a (NAME) para completar la entrevista?

- YES, AMPLIFIER PHONE 01→ Go to A74
- YES, TTY 02→ Go to A76
- NO..... 00→ Continue
- DON'T KNOW d→ Continue
- REFUSED r→ Continue

IN

A73a. En ese caso, voy a continuar la entrevista con Ud. → Go to A78

IN

A74. ¿Está (NAME) disponible ahora?

- YES..... 01→ Go to A75
- NO..... 00→ Go to A77f
- DON'T KNOW d→ Go to A77f
- REFUSED r→ Go to A77f

IN

A75. Por favor espere en la línea hasta que traiga el teléfono con amplificación.

- (NAME) comes to phone..... 00→ Go to A77

YX

A77c. ¿Puede decirme por qué necesita (NAME) su ayuda para completar esta entrevista?

TOO ILL 01
NOT COGNITIVELY/MENTALLY ABLE 02
LANGUAGE PROBLEM..... 03
HEARING PROBLEM (CAN'T BE RESOLVED
WITH AMPLIFIER PHONE OR TTY)..... 04
OTHER (SPECIFY)↵ 05

DON'T KNOW d
REFUSED r

GOTO A77i

YX

A77d. En ese caso, quisiera hablar con (NAME). ¿Está (NAME) disponible ahora?

YES..... 01 → *Set RTYPE=02;*
Go to A77e
NO..... 00 → *Go to A77f*
DON'T KNOW d → *Go to A77e*
REFUSED r → *Go to A77e*

YX

A77e. ¿Puedo hablar con (NAME) ahora?

YES..... 01 → *Set RTYPE=02;*
Go to A77g
NO..... 00 → *Go to A77f*
DON'T KNOW d → *Go to A77f*
REFUSED r → *Go to A77f*

YX

A77f. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para comunicarnos con (ÉL/ELLA)?

Set RTYPE=02. Go to callback screen. End interview

YA

A77g. (WHEN NAME COMES TO PHONE: Buen día. Mi nombre es _____ y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de Social Security Administration.) Estamos conduciendo un estudio acerca de la salud de personas jóvenes que están recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario, o SSI; o cuyas familias alguna vez solicitaron o recibieron SSI en nombre de ellos. Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cómo le va. ¿Le conviene que conduzco la entrevista ahora?

YES..... 01→ Go to A80
NO..... 00→ Go to A77h
DON'T KNOW..... d→ Go to A77h
REFUSED..... r→ Go to A77h

YX

A77h. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar?

Go to callback screen. End interview

YX

A77i. ¿Cómo está Ud. relacionado(a) con (NAME), si hay algún parentesco?

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... 02→ Set RTYPE=01
FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... 03→ Set RTYPE=01
STEP-PARENT OF (NAME)..... 04→ Set RTYPE=01
FOSTER PARENT OF (NAME)..... 05→ Set RTYPE=01
UNMARRIED PARTNER OF PARENT..... 06→ Set RTYPE=01
GRANDPARENT 07→ Set RTYPE=01
BROTHER/SISTER OF (NAME)..... 08→ Set RTYPE=03
AUNT/UNCLE OF (NAME) 09→ Set RTYPE=01
(NAME'S) SPOUSE 10→ Set RTYPE=03
HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND 13→ Set RTYPE=03
ROOMER/BOARDER 14→ Set RTYPE=03
OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION)..... 15 → Set RTYPE=03
NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION)..... 16→ Set RTYPE=03

A78. DELETED

A79. DELETED

YA, YX, YP

A80. Permítame empezar con un poco de información acerca de este estudio. Las preguntas que le estaré haciendo son acerca de la salud de (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) y de cómo se las arregla día a día. Su participación en este estudio es voluntaria, y no afectará a ningún beneficio de SSI que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE = 02) reciba ahora, o solicite en el futuro. Las respuestas que me dará son estrictamente confidenciales, y sólo serán usadas para los propósitos de estudio. Para agradecerle el tiempo que nos brindará, le enviaremos (FILL "UN CHEQUE POR \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=1; FILL " UNA TARJETA DE DEBITO DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=2; FILL " UNA TARJETA TELEFONICA DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=3) después de terminar la entrevista.

READ IF NECESSARY: Calculamos que tomará unos 50 minutos para completar esta entrevista. → *Continue*

YA, YX, YP

A81. Primero, quisiera verificar alguna información acerca de (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE = 02). ¿Es (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) hombre o mujer?

- MALE 01
- FEMALE..... 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA, YX, YP

A82. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

____/____/19____ (1970-2001)
MONTH DAY YEAR

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA, YX, YP

A83. CHECK: Does date of birth in A82 match the pre-loaded date of birth? (2 OF 3 MATCH)

- YES..... 00 → Go to A39a
- ONE DIDN'T MATCH..... 01 → Go to A36
- TWO DIDN'T MATCH 02 → Go to A36
- THREE DIDN'T MATCH 03 → Go to A36

YA, YX, YP

A84. ¿Ha solicitado (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) o alguna persona en su familia Ingresos de Seguridad Suplementario, o beneficios de SSI; para (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03, "UD." IF RTYPE=02) alguna vez entre 1978 y 2001?

YES..... 01 → Go to A87a
NO..... 00 → Go to A86
DON'T KNOW d → Go to A86
REFUSED r → Go to A86

YA, YX, YP

A85. DELETED

YA, YX, YP

A86. Hay un problema con nuestros registros, y no estoy seguro(a) que nos hemos comunicado con la persona correcta. Necesito hablar con mi supervisor(a). Alguien le llamará dentro de poco. Gracias.

End interview, record problem

YA, YX, YP

A87a. ¿En que ciudad o estado vive (NAME) ahora?

CITY _____ STATE _____
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX, YP

A87a1. CHECK: Is (NAME) living outside the contiguous 48 states (i.e., in Alaska, Hawaii, or a U.S. trust territory)?

YES..... 01 → End Interview
NO..... 00 → Continue
DON'T KNOW d → Continue
REFUSED r → Continue

YA, YX, YP

A87b. Para confirmar, ¿cuáles de las siguientes frases mejor describe la situación de vivienda que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) tiene, actualmente? ¿Está (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) viviendo. . .

Read list, code only one answer

- Con un pariente (FILL If 18+: “No incluyendo a su esposo(a) o a sus propios hijos”) 01 → *Go to A90*
- En su propia casa (PROBE: sea sólo(a) o con amistades,compañeros (roommates), o con su propia familia 02→ *IF RTYPE =01 change to RTYPE =03; go to A89*
- En una residencia de grupo bajo supervisión, (Probe: Tal cómo una de alojamiento asistido (assisted living facility), un centro de vida independiente, un hogar de cuidado personal, o un “halfway house”). 04 → *IF RTYPE=01 change to RTYPE =03; go to Part B*
- En una institución de Medicaid..... 05→ *IF RTYPE =01,change to RTYPE =03, Continue*
- En la escuela..... 06→*IF RTYPE=01; go to A90; if RTYPE=02 or 03 go to A88*
- En un hogar de convalescentes o “Nursing home”? 08→ *IF RTYPE=01 change to RTYPE=03; go to Part B*
- (NAME) IS IN JAIL/PRISON/JUVENILE CORRECTION FACILITY 09→*IF RTYPE=2 go to A88; else go to Part N*
- Algún otro lugar (SPECIFY) ↓ 12→*IF RTYPE=01 change to RTYPE=03; go to Part B*
-
- DON'T KNOW d→ *IF RTYPE=01 change to RTYPE=03; go to Part B*
- REFUSED r→ *IF RTYPE=01 change to RTYPE=03; go to Part B*

YA, YX

A87c. Para confirmar, paga Medicaid la mitad, o más, del costo de la estadía de (NAME) en este lugar?

- YES..... 01→ *Go to A87d*
- NO..... 00→ *Go to Part B*
- DON'T KNOW d→ *Go to A87d*
- REFUSED r→ *Go to A87d*

YA, YX

A87d. Gracias por haberme explicado la situación. No estamos entrevistando a personas en instituciones de Medicaid. Le agradezco su tiempo. Adiós.

YA, YX

A88. Según nuestros procedimientos de entrevista, necesito hablar con uno de (FILL “LOS PADRES O TUTORES DE “NAME” IF RTYPE=01,03; SUS PADRES O TUTORES ” IF RTYPE=02). ¿Cuáles son el nombre, la dirección y el número de teléfono de (FILL “LOS PADRES O TUTORES DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SUS PADRES O TUTORES” IF RTYPE=02)?

NAME: _____
 STREET ADDRESS: _____
 CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
 TELEPHONE NUMBER: (_____|_____|_____|) |_____|_____|_____| - |_____|_____|_____|
AREA CODE
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

END INTERVIEW, SEND A88 TO DIAL SCREEN, START A2=02

YA, YX

A89. ¿Está viviendo (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) con su propio(a) esposa(o) o sus propios hijos, está viviendo con amistades o compañeros (roommates), vive sólo(a), o es otra cosa?

- LIVING WITH OWN SPOUSE/CHILDREN 01→ *Continue*
- LIVING WITH FRIENDS/ROOMMATES 02→ *Set A90=01; Fill SM info in A91; Set RTYPE=02; Go to Part B*
- LIVING ALONE 03→ *Set A90=01; Fill SM info in A91; Set RTYPE=02; Go to Part B*
- OTHER (SPECIFY)..... 04→ *Continue*
- _____ DON'T KNOW d→ *Continue*
- REFUSED r→ *Continue*

YA, YX (living in own home or with another relative)

A90. Ahora le quiero hacerle unas preguntas acerca de las personas que viven en (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=02; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03), actualmente. Esto incluye tanto a niños como adultos, y también puede incluir a personas que no tienen una relación de familia o parentesco con (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03). ¿Cuántas personas, en total, viven en (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=02; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03), incluyendo a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03)?

PROBE: Esto incluye a todas las personas que generalmente viven allí, incluyendo a los que están temporalmente fuera del hogar, viajando por negocios, vacaciones, internados en el hospital, o estudiando.

____|____| HOUSEHOLD MEMBERS → *Go to A91 (2-20)*

DON'T KNOW d → *Go to A90a*

REFUSED r → *Go to A90a*

YA, YX

A90a. Esto es un dato muy importante.

____|____| HOUSEHOLD MEMBERS (2-20)

DON'T KNOW d → *Go to A91*

REFUSED r → *End Interview*

YA, YX (living in own home or with another relative)

A91. Para cada individuo, por favor dígame nombre, su sexo, edad, y la relación de familia o parentesco que tienen con (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03). No incluya a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03), porque ya tenemos esa información. Empecemos con la persona más joven . . .

PROBE: Necesito esta información para saber qué preguntas hacerle más tarde en la entrevista. Porque todos los hogares y familias son diferentes, quizás hay preguntas que no son aplicables a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03).

PROBE: Por favor, no se incluya a sí mismo(a) en la lista.

INTERVIEWER: DO NOT INCLUDE (NAME) IN THE LIST.

| A. ¿Cuál es su nombre? <i>Record youngest to oldest</i> | B. <i>Confirm or ask:</i> ¿Es esa persona hombre o mujer? | C. ¿Qué edad tiene? | D. ¿Cuál es su parentesco con (NAME)? <i>Use Relationship Code List</i> |
|--|--|---------------------|--|
| 1. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 2. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 3. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 4. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 5. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 6. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |
| 7. _____ | Male..... 01 Female..... 02 DK..... d RF..... r | _ _ YEARS OLD | _ _ |

PROGRAMMER NOTE: Create space for 14 household members.

Relationship Codes

- 02 MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)
- 03 FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)
- 04 STEP-PARENT OF (NAME)
- 05 FOSTER PARENT OF (NAME)
- 06 UNMARRIED PARTNER OF PARENT
- 07 GRANDPARENT
- 08 BROTHER/SISTER OF (NAME)
- 09 AUNT/UNCLE OF (NAME)
- 10 (NAME'S) SPOUSE
- 11 (NAME'S) CHILD
- 12 FOSTER CHILD LIVING WITH FAMILY
- 13 HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND
- 14 ROOMER/BOARDER
- 15 OTHER RELATIVE OF (NAME) (SPECIFY IN QUESTION)
- 16 OTHER NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION)

INTERVIEWER INSTRUCTION: IF RESPONDENT ANSWERS "MOTHER" OR "FATHER" FOLLOW-UP WITH: "(ARE YOU/IS THIS PERSON) THE BIOLOGICAL, STEP, ADOPTIVE, OR FOSTER (MOTHER/FATHER) OF (NAME)?"

CHECK: IS THE NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS REPORTED IN A91 EQUAL TO THE NUMBER LISTED IN A90 MINUS ONE. IF NOT, REVIEW WITH RESPONDENT.

YA, YX (living in own home or with another relative)

A92. Quisiera tomar un momento para asegurar que ha registrado exactamente la information sobre las personas en su hogar.

INTERVIEWER: CONFIRM INFORMATION IN HOUSEHOLD GRID.

A92b. CHECK: Does RTYPE=03?

YES..... 01→ *Go to Part B*
NO..... 00→ *Continue*

YA (living in own home or with another relative)

A93. CHECK: Is (NAME) living with his/her parent(s), that is, is A91D_1 – A91D_14 = 02, 03, 04?

YES..... 01→ *Continue*
NO..... 00→ *Go to Part B*

YA (living with parents)

A94. CHECK: Is (NAME) living with his/her own spouse or children in this household, that is, is A91D_1 – A91D_14 =10, 11?

YES..... 01→ Change RTYPE to 2,
Go to Part B
NO..... 00→ Change RTYPE to 1,
Continue

IN (living with parents and without own spouse or children)

A95. Según nuestros procedimientos de entrevista, necesito hablar con uno de sus padres o guardianes legales. ¿Está ella o él disponible ahora?

YES..... 01→ Go to A97
NO..... 00→ Continue
DON'T KNOW..... d→ Continue
REFUSED..... r→ Continue

IN (living with parents and without own spouse or children)

A96. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar para comunicarnos con (EL/ELLA)?

PROBE: Generalmente, ¿cuándo está (EL/ELLA) en casa?

Go to callback screen. End interview.

YP (living with parents and without own spouse or children)

A97. Hola, mi nombre es _____, y estoy llamando de Mathematica Policy Research de parte de Social Security Administration. Estamos conduciendo un estudio acerca de personas jóvenes que están recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario, o SSI; o cuyas familias solicitaron o recibieron SSI en nombre de ellos. Estamos llamando como seguimiento a la salud de (NAME), y del bienestar de su familia. ¿Le conviene que conduzca la entrevista ahora?

YES..... 01→ Go to A98
NO..... 00→ Continue
DON'T KNOW..... d→ Go to A98
REFUSED..... r→ End Interview

YP (living with parents and without own spouse or children)

A97a. ¿Cuándo sería conveniente volver a llamar?

PROBE: En general, ¿cuándo está en casa?

Go to callback screen. End interview.

YP (living with parents and without own spouse or children)

A98. Permítame empezar con un poco de información acerca de este estudio. Las preguntas que le estaré haciendo son acerca de la salud de (NAME), y cómo se las arregla día a día. Su participación en este estudio es voluntaria, y no afectará a ningún beneficio de SSI que (NAME) recibe ahora, o por la cual aplique en el futuro. Las respuestas que me dará son estrictamente confidenciales, y sólo serán usadas para los propósitos de estudio. Para agradecerle el tiempo que nos brindará, le enviaremos (FILL “UNA TARJETA DE DÉBITO DE \$10.00”; IF INCENTIVE TYPE=2; FILL “UNA TARJETA TELEFÓNICA DE \$10.00 IF INCENTIVE TYPE=3), después de terminar la entrevista.

READ IF NECESSARY: Calculamos que tomará unos 50 minutos para completar esta entrevista.

PROGRAMMER: CHANGE RTYPE TO 01 THEN GO TO PART B

ONE LAST CHECK

INTERVIEWER: WE HAVE THE RESPONDENT AS....

DISPLAY RTYPE (FILL “PARENT/GUARDIAN” IF RTYPE=01; FILL” YOUNG ADULT-HIMSELF/HERSELF” IF RTYPE=02; FILL” PROXY”IF RTYPE=03”)

IS THAT CORRECT?

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| THIS IS CORRECT | 01→ <i>Continue</i> |
| THIS IS WRONG | 00→ <i>Go back and review answers</i> |

PART B. DISABILITY STATUS AND FUNCTIONAL LIMITATIONS

CP, YP, YA, YX

B1. INTERVIEWER ENTER: With whom are you speaking?

(NAME'S) PARENT OR GUARDIAN 01
 (NAME) HIM/HER SELF 02
 PROXY FOR (NAME) 03

CP, YP, YA, YX

B1a. CREATE VARIABLE "RTYPE"

(NAME'S) PARENT OR GUARDIAN 01
 (NAME) HIM/HER SELF 02 → Go to B3
 PROXY FOR (NAME) 03 → Go to B3

CP, YP, YA, YX

B2. Sólo para confirmar, ¿Vive Ud. con un(a) esposo(a) o un(a) pareja(a) en este hogar? ¿Si es correcto, Cual?

SPOUSE 01
 PARTNER 02
 NO SPOUSE OR PARTNER 00
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

CP, YP, YA, YX

1999 NHIS Family Core

B3. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca del estado general (FILL "DE LA SALUD DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU PROPIA SALUD" IF RTYPE=02).
 ¿Describiría a su salud como excelente, muy buena, buena, regular o pobre (mala)?

EXCELLENT 01
 VERY GOOD 02
 GOOD 03
 FAIR 04
 POOR 05
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

CP, YP, YA, YX
FACCT2 /CSHCN

B4. Las próximas preguntas son acerca de cualquier tipo de problemas, preocupaciones, o estado de salud (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) que tal vez afecten (FILL "LA CONDUCTA, EL SABER, EL CRECIMIENTO, O EL DESARROLLO FÍSICO DE (NAME)" IF RTYPE=01, 03; "SU CONDUCTA, SABER, CRECIMIENTO, O DESARROLLO FÍSICO" IF RTYPE=02). Algunos de estos problemas pueden afectar el tipo o la cantidad de servicios que (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "Ud. " IF RTYPE=02) necesita. (IF AGE <17 ADD: Algunos de estos problemas de salud pueden afectar (FILL "LAS HABILIDADES Y ACTIVIDADES DE NAME IF RTYPE=01, 03; SUS HABILIDADES Y ACTIVIDADES IF RTYPE=02) en la escuela o al jugar.

¿Necesita o usa (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) **más** servicios, médicos, de salud mental, o de educación de lo que es normal para la mayoría de (FILL "LOS NIÑOS" IF AGE=<17; "LA GENTE" IF AGE=17+) de su misma edad?

PROBE : Estas preguntas se refieren a una condición en **la actualidad**, no en el pasado.

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B7 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B5. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) servicios médicos, de salud mental, o de educación por causa de cualquier condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B7 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B6. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
FACCT1/CSHCN

B7. Actualmente, además de vitaminas, ¿necesita o usa (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) **medicina recetada por un doctor?**

PROBE: No se incluye medicación sin receta tal como para catarro o dolor de cabeza.

INTERVIEWER: THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ANSWER "YES" ONLY IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B10 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B8. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) **medicina recetada** por causa de cualquier condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B10 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B9. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
FACCT3/CSHCN

B10. ¿Está (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) **limitado(a) o impedido(a)** en su habilidad de hacer las cosas que la mayoría de (FILL “LOS NIÑOS” IF <17; “LOS JÓVENES” IF 17+) de su misma edad pueden hacer?

PROBE: En otras palabras, ¿Hay cosas que (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “Ud” IF RTYPE=02) no puede hacer tanto, o no puede hacer de ninguna manera, que (FILL “LOS NIÑOS” IF AGE <17; “LOS JÓVENES” IF AGE=17+) de su misma edad pueden hacer?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B13 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B11. ¿Es (FILL “LA LIMITACION DE HABILIDADES DE NAME” IF RTYPE=01, 03; SU LIMITACION DE HABILIDADES IF RTYPE=02) por causa de cualquier condición médica, o de conducta, u otra condición de salud?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B13 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B12. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
FACCT4/CSHCN

B13. ¿Necesita (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD” IF RTYPE=02) conseguir **terapia especial**, tal como terapia física, ocupacional o del habla (logopedia)?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B16 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B14. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD" IF RTYPE) terapia especial por causa de **cualquier** condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 |] → Go to B16 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B15. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
FACCT5/CSHCN

B16. ¿Necesita o recibe (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD" IF RTYPE=02) conseguir tratamiento o consejo por cualquier problema emocional, de desarrollo, o de conducta?

PROBE: Tratamiento o consejo incluye remedios, terapia o consejos que pueda recibir un(a) niño(a) o joven por su condición de salud.

Problemas emocionales tales como depresión o esquizofrenia

Problemas de desarrollo tal como crecimiento enano

Problemas de conducta tales como conducta agresiva o Attention Deficit Disorder, que también se conoce como A-D-D.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 |] → Go to B18 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B17. ¿Ya ha durado, o esperan que va a durar 12 meses o más (FILL “EL PROBLEMA EMOCIONAL, DE DESARROLLO, O DE CONDUCTA DE (NAME)” IF RTYPE=01, 03 ; SU PROBLEMA EMOCIONAL, DE DESARROLLO, O DE CONDUCTA IF RTYPE=02) ?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX

B18. CHECK AGE: Is NAME's age...

<17..... 01 → *Continue*
17+..... 02 → *Go to B20*

CP
FACCT/CSHCN

B19. FACCT SCREENER DECISION (modified): Is B4=1, or B7=1, or B10=1, or B13=1, or B16=1, that is, does (NAME) have a health condition?

YES..... 01 → *Go to B27*
NO..... 00 → *Go to B23*

YP, YA, YX
1999 NHIS Family Core (modified)

B20. ¿Algún problema físico, mental, o emocional no le permite a (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) **AHORA** trabajar en un empleo o un negocio, o asistir a la escuela?

YES..... 01 → *Go to B22*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP, YA, YX
1999 NHIS Family Core (modified)

B21. ¿Está (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) **limitado(a)** en el tipo **o** en la cantidad de trabajo o de estudios que (FILL “ÉL/ELLA” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) puede hacer por causa de algún problema físico, mental, o emocional?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP, YA, YX
FACCT/CSHCN

B22. FACT SCREENER DECISION (modified): Is B4=1, or B7=1, or B10=1, or B13=1, or B16=1, or B20=1, or B21=1, that is, does NAME have a health condition or is limited in work or school activities?

YES..... 01 → Go to B27
NO..... 00 → Go to B24

CP
1999 NHIS Family Core

B23. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) limitado(a) en cualquier forma, en cualquier actividad, por causa de algún problema físico, mental, o emocional?

YES..... 01 → Go to B27
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX
Created

B24. Pensando en (INSERT YEAR OF APPLICATION) cuando (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01, 02; "LA FAMILIA DE (NAME)" IF RTYPE=03) aplicó para Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario), o SSI, para (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02); ¿tenía (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) una condición médica, o de conducta, u otra condición de salud, en ese entonces?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ Go to B30

CP, YP, YA, YX
Created

B25. ¿Qué condición o problema de salud era?

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores (FILL "LA CONDICION DE SALUD DE (NAME) IF RTYPE=01, 03; "SU CONDICION DE SALUD " IF RTYPE=02)?

PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición ?

B26. CHECK FACCT SCREENER(s): Is B19=01 or B22=01, that is, does NAME have a **current** health condition or problem?

YES..... 01→ *Continue*
NO..... 02→ *Go to B30*

CP, YP, YA, YX (with health condition)
CSHCN

B27. Las próximas preguntas son acerca de cualesquier condiciones o problemas físicos, mentales, de saber, o de desarrollo que tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02). (FILL "EN LOS 12 MESES PASADOS" IF AGE 1+; "DESDE EL NACIMIENTO" IF AGE <1), ¿cuántas veces ha influido su condición o problema de salud en su habilidad de hacer cosas que hacen otros (FILL "NIÑOS" IF AGE <17; "JÓVENES" IF AGE=17+)? Diría:

INTERVIEWER: IF THE CONDITION IS EPISODIC, FOR EXAMPLE, ASTHMA ATTACKS, RESPONDENTS SHOULD CONSIDER THE ENTIRE 12 MONTHS OF EPISODES, NOT JUST ONE SPECIFIC EPISODE.

INTERVIEWER: READ LIST, CODE ONE ANSWER

Read list, Code one answer

Nunca..... 01
A veces 02
Generalmente 03
Siempre..... 04
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX (with health condition)
CSHCN

B28. ¿Influye (FILL "LA CONDICION O PROBLEMA DE SALUD DE (NAME)" IF RTYPE=01, 03; "SU CONDICION O PROBLEMA DE SALUD" IF RTYPE=02) en su habilidad de hacer cosas mucho, algo, o muy poco?

A GREAT DEAL..... 01
SOME 02
VERY LITTLE..... 03
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX (with health condition)
CSHCN

B29. En general, ¿cómo clasificaría la(s) condición (condiciones) o el (los) problema(s) de salud de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)? Por favor escoja un número entre cero (0) y diez (10), con cero siendo lo más leve, y diez lo más severo o grave.

INTERVIEWER: IF NAME HAS MORE THAN ONE CONDITION, THEN THE RESPONDENT SHOULD RATE THE MOST SEVERE CONDITION RATHER THAN TRYING TO AVERAGE SEVERITY ACROSS ALL OF THE CONDITIONS.

[_] [_] NUMBER BETWEEN ZERO AND TEN
NAME DOESN'T HAVE A HEALTH
CONDITION OR PROBLEM 11
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
CSHCN

B30. ¿Cuál de las siguientes frases mejor describe las necesidades de servicios de salud de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)?

Read list, code only one response

Las necesidades de servicios de salud
de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD."
IF RTYPE=02) cambian todo el tiempo..... 01
Las necesidades de servicios de salud
de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD."
IF RTYPE=02) sólo cambian de vez en
cuando 02
Las necesidades de servicios de salud
de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD."
IF RTYPE=02) son, por lo general, estables..... 03
Ninguno de estos 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

B31. CHECK AGE: Is NAME's age...

<17 01 → *Continue*
17+ 02 → *Go to B33*

CP
1998 NHIS Child Core (modified)

B32. ¿Usa (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03) algún aparato o equipo médico? Estos incluyen cosas tales como un respirador, un monitor de glucosa, una silla deruedas, un aparato para sordos o un tubo de alimentación.

PROBE: Esto incluye bastones y caminetes (walkers).

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

B33. ¿Cuál de estas frases mejor describe al (sentido del) oído de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) (sin usar un aparato para sordos): bueno, un poco difícil, bastante difícil, o es sordo(a)?

| | |
|-----------------------|----|
| GOOD..... | 01 |
| A LITTLE TROUBLE..... | 02 |
| A LOT OF TROUBLE..... | 03 |
| DEAF..... | 04 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

B34. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) alguna dificultad en ver? (FILL IF 2+ ¿Aún cuando está usando anteojos o lentes de contacto?)

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to B36 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

B35. ¿Es (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) ciego(a) o incapaz de ver?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

B36. CHECK FACCT SCREENER(s): Is B19=01 or B22=01, that is, does (NAME) have a health condition or problem?

YES..... 01→ *Continue*
 NO..... 02→ *Go to B41*

CP, YP, YA, YX (with health condition)
 1978 SSA Survey (modified)

B37. Considerando todo lo que me acaba de contar, ¿cuál considera usted que es la principal condición o el principal problema de salud de (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)?

PROBE FOR SPECIFIC ANSWER. ANSWERS SUCH AS "HE'S SLOW," "DOESN'T TALK WELL," OR "IS A SPECIAL NEEDS CHILD" ARE NOT SPECIFIC ENOUGH.

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores (FILL "LA CONDICION DE SALUD DE "NAME" IF RTYPE=01, 03; "SU CONDICION DE SALUD" IF RTYPE=02)?

PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición?

Record verbatim

CP, YP, YA, YX (with health condition)
 1999 NHIS Family Core

B38. ¿Cuántos años ha tenido (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) esta condición o problema de salud?

| <u>NUMBER</u> | <u>TIME PERIOD</u> |
|---------------------|--------------------|
| ____ (01-94) | DAYS 01 |
| 95 + 95 | WEEKS 02 |
| SINCE BIRTH..... 96 | MONTHS..... 03 |
| DON'T KNOW d | YEARS..... 04 |
| REFUSED r | DON'T KNOW d |
| | REFUSED r |

CP, YP, YA, YX (with health condition)
 1978 SSA Survey

B39. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) cualesquier otras condiciones u otros problemas de salud?

YES..... 01
 NO..... 00
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

} → *Go to B41*

CP, YP, YA, YX (with health condition)
1978 SSA Survey

B40. ¿Cuáles son?

PROBE FOR SPECIFIC ANSWER. ANSWERS SUCH AS "HE'S SLOW," "DOESN'T TALK WELL," OR "IS A SPECIAL NEEDS CHILD" ARE NOT SPECIFIC ENOUGH.

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores (FILL "LA CONDICION DE SALUD DE (NAME)" IF RTYPE=01, 03; "SU CONDICION DE SALUD" IF RTYPE=02)?

PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición?

Record verbatim

B41. CHECK AGE: Is NAME's age...

<17 01 → Go to B45
17+ 02 → Continue

YP, YA, YX (age 17+)
1999 NHIS Adult Core (modified)

B42. ¿Usa (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) equipo especial, tal como un bastón (cane), una silla de ruedas, una cama especial, o un teléfono especial?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (age 17+)
1999 NHIS Adult Core (modified)

B43. Durante los últimos 12 meses, o sea, desde (LAST MONTH, LAST YEAR), ¿más o menos cuántos días faltó (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) al trabajo o a los estudios por causa de enfermedad o una herida (lesión)?

____|____|____| DAYS (1-365)
NONE 00
DON'T WORK/ATTEND SCHOOL n
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (age 17+)
1999 NHIS Adult Core

B44. Durante los últimos 12 meses, ¿más o menos cuántos días tuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) que quedarse en cama por más de la mitad del día por causa de enfermedad o una herida (lesión)?

PROBE: Incluya días que fue paciente internado(a) en un hospital. También incluya días para problemas mentales o emocionales.

|_|_|_| DAYS (1-365)

NONE..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

B45. CHECK AGE: Is (NAME'S) age ...

5+ 01 → Continue
<5 00 → Go to B51

CP, YP, YA, YX (age 5+)
1999 NHIS Family Core (modified)

B46. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) la ayuda de otras personas con sus necesidades de cuidado o atención personal, tales como: comer, bañarse, vestirse, o moverse de un lugar a otro dentro del hogar?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ Go to B48

CP, YP, YA, YX (age 5+)
 NHIS-D (Adult Followback)

B47. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) la ayuda de otras personas para . . .

Code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Bañarse o ducharse | 01 | 00 | d | r |
| B. Vestirse | 01 | 00 | d | r |
| C. Comer | 01 | 00 | d | r |
| D. Acostarse, sentarse o levantarse de la cama o una silla..... | 01 | 00 | d | r |
| E. (IF AGE=17+) Caminar..... | 01 | 00 | d | r |
| F. (IF AGE=17+) Salir afuera..... | 01 | 00 | d | r |
| G. Usar el inodoro (toilet) incluyendo ir al inodoro | 01 | 00 | d | r |
| H. Moverse de un lugar a otro dentro del hogar | 01 | 00 | d | r |

B48. CHECK AGE: Is NAME's age....

<17 01 → *Go to B52*
 17+ 02 → *Continue*

YP, YA, YX (age 17+)
 1999 NHIS Family Core (modified)

B49. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) la ayuda de otras personas en necesidades de rutina tales como: preparar comidas, manejar su dinero, quehaceres domésticos (trabajo de casa), o en administrar su medicación?

| | | |
|-----------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to B51</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+)
 NHIS-D (Adult Followback)

B50. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) la ayuda o supervisión de otras personas para...

Code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Preparar comidas | 01 | 00 | d | r |
| B. Comprar artículos personales o comestibles | 01 | 00 | d | r |
| C. Manejar dinero..... | 01 | 00 | d | r |
| D. Usar el teléfono | 01 | 00 | d | r |
| E. Hacer quehaceres duros | 01 | 00 | d | r |
| F. Hacer quehaceres ligeros..... | 01 | 00 | d | r |
| G. Ir a lugares a los cuales no puede ir andando | 01 | 00 | d | r |
| H. Manejar medicación | 01 | 00 | d | r |

B51. CHECK: Is A42D_1 – A42D_14 OR A91D_1 – A91D_14=02, 03, 04, 05, 07, 08, 09, 10, 11,15? That is, is (NAME) living with his/her parents, his/her brothers or sisters, other relatives, or with his/her own spouse or children?

YES..... 01 → *Continue*
 NO..... 00 → *Go to Part C*

CP, YP, YA, YX (living with family)
 CSHCN

B52. Muchas familias proporcionan (algunos) servicios de salud en el hogar, en cosas tales como cambiar vendas, mantenimiento de equipo respiratorio o de alimentación, transporte a citas, y en dar medicina y terapias. ¿Le proporcionan miembros de la familia servicios de salud en el hogar a (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)?

YES..... 01
 NO..... 00
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

} → *Go to B55*

CP, YP, YA, YX (living with family)
CSHCN

B53. ¿Cuántas horas por semana pasan miembros de la familia proporcionando este tipo de servicio de salud a (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)?

PROBE: Por este tipo de servicio queremos decir: cambiar vendas, mantener equipo medico, dar medicinas, y cosas así. No incluya cuidado de rutina para un (FILL "NINO" IF <17; FILL "JOVEN" IF 17+) de su edad.

|_|_|_| HOURS PER WEEK (0-168)

CP, YP, YA, YX (living with family)
NHIS-D Child Followback (modified)

B54. ¿Cuál es la relación o el parentesco que tienen estos miembros de familia con (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02)?

Do not read list, code all that apply

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02
FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
STEP-PARENT OF (NAME) 04
FOSTER PARENT OF (NAME) 05
GRANDPARENT 07
BROTHER/SISTER OF (NAME) 08
AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
(NAME'S) SPOUSE 10
OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
NHIS-D Child Followback (modified)

B55. La semana pasada, ¿cuántas horas, si las hay, recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) en el hogar servicios de salud de personas además de miembros de la familia?

|_|_|_| HOURS PER WEEK (1-168) → *If "00," go to Part C*

CP, YP, YA, YX
Created

B56. ¿Pagó (FILL “UD. Y SU FAMILIA IF RTYPE=01, 02; “NAME” Y SU FAMILIA IF RTYPE=03) por cualquiera de estos servicios de salud que (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió la semana pasada? Por favor no cuente dinero que ya ha sido, o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

| | | |
|-----------------|----|-------------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to Part C</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
Created

B57. Más o menos, ¿cuánto pagó (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02 “NAME IF RTYPE=03) y su familia por los servicios de salud que (FILL “NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió la semana pasada? Otra vez, por favor no cuente dinero que ya ha sido, o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

\$____.00 AMOUNT PAID FOR LAST WEEK'S CARE (0-9,999)

| | |
|-----------------|---|
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

PART C. HEALTH CARE UTILIZATION

CP, YP, YA, YX

C1. Estas siguientes preguntas son acerca de servicios y cuidado de salud, no incluyendo tratamientos de salud mental o abuso de sustancias, ni cuidado dental. *Continue.*

CP, YP, YA, YX

C2. CHECK AGE: Is NAME's age...

18+ 01 → *Continue*
 <18 00 → *Go to C5*

YP, YA, YX (age 18+)
 NHIS-D Adult Followback

C3. ¿Da (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) su propio consentimiento para atención médica, o lo hace otra persona por (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

PROBE: ¿Quién da consentimiento para (FILL "EL TRATAMIENTO MÉDICO DE NAME" IF RTYPE=01,03; "SU TRATAMIENTO MÉDICO" IF RTYPE=02) por ejemplo, en el consultorio de un doctor, o en un hospital?

(NAME) GIVES OWN CONSENT 01 → *Go to C5*
 SOMEONE ELSE GIVES CONSENT 02 → *Continue*
 IT VARIES 03 → *Go to C5*
 DON'T KNOW d → *Go to C5*
 REFUSED r → *Go to C5*

YP, YA, YX (age 18+)
 NHIS-D Adult Followback

C4. Generalmente quién da consentimiento médico por (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

PARENT/LEGAL GUARDIAN 01
 OTHER FAMILY MEMBER 02
 AGENCY OR SCHOOL STAFF MEMBER 03
 OTHER (SPECIFY) ↓ 04

DON'T KNOW d
 REFUSED r

C5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces, si las hubo, ha visto (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) a un doctor u otro profesional médico acerca de su salud, en una oficina o consultorio médico, en una clínica, o en algún otro lugar?

PROBE: Por favor no incluya las veces en que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) pasó toda la noche en el hospital, visitas a la sala de emergencia del hospital, visitas en el hogar, o llamadas por teléfono. Tampoco incluya visitas por tratamiento de salud mental, o de abuso de sustancias ni por cuidado dental.

PROBE: Esto incluye visitas para servicios de rutina, y también para la atención de (FILL “LA” IF RTYPE=01,03; “SU” IF RTYPE=02) condición especial de salud (FILL “DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; ELSE BLANK).

|_|_|_| TIMES (0-100)

DON'T KNOW d
REFUSED r

C6. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces diferentes, si las hubo, pasó (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) toda la noche o más, en un hospital? Por favor no incluya una estadía por la noche entera en la sala de emergencia.

|_|_|_| TIMES (0-100)

DON'T KNOW d
REFUSED r

C7. Durante los últimos 12 meses, cuántas veces, si las hubo, estuvo (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) en la sala de emergencia de un hospital? Esto incluye visitas a la sala de emergencia que resultaron en ser admitido(a) al hospital.

|_|_|_| NUMBER OF TIMES (0-100)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core (modified)

C8. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces, si las hay, tuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cirugía (una operación) u otros procedimientos quirúrgicos, como paciente internado (inpatient) o paciente externo (outpatient)?

____|____|____| NUMBER OF TIMES (0-100)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

C9. Pensando en todos los servicios de salud **física** que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió en los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) y su familia, de sus propios bolsillos, por estos servicios? Por favor incluya todas las visitas al doctor, estadías en el hospital, y medicinas recetadas. No incluya dinero que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

PROBE: No incluya dinero para tratamientos de salud mental o de abuso de sustancias. Le haré preguntas acerca de estos más tarde. Tampoco incluya dinero para pagar por cuidado dental.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-999,999)

NONE 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C10. Muchas veces, hay gente que aplaza o no consigue servicios de salud que necesitan.

(IF AGE=<18) En los últimos 12 meses, ¿ha aplazado Ud. o no ha tenido Ud. servicios de salud para (NAME)?

(IF AGE=18+) En los últimos 12 meses, ¿ha (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) aplazado o no ha tenido servicios de salud, por cualquier razón?

YES 01 → *Continue*
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to C12*

CP, YP, YA, YX
 CSHCN (modified)

C11. Hay muchas razones por las cuales gente tiene dificultad en conseguir servicios de salud.

(IF AGE=<18) ¿Aplazó Ud. o no consiguió Ud. servicios de salud para (NAME) porque...

(IF AGE=18+) ¿Aplazó o no consiguió (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) servicios de salud porque .

Read list, code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. La clínica o el consultorio del doctor no estaba abierta cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) podía ir..... | 01 | 00 | d | r |
| B. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no tenía transporte | 01 | 00 | d | r |
| C. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no tenía dinero para pagar al proveedor, o no tenía seguro | 01 | 00 | d | r |
| D. El tipo de servicio que (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba no era disponible en su área | 01 | 00 | d | r |
| E. (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no pudo recibir el apruebo de su plan de salud o de su médico de atención primaria (primary care doctor) | 01 | 00 | d | r |
| F. ¿Alguna otra razón? (SPECIFY) ∇ | 01 | 00 | d | r |

CP, YP, YA, YX
 CSHCN (modified)

C12. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún tiempo cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba cuidado dental, incluyendo chequeos (check-ups), pero no lo recibió?

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → Go to C14 |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C13. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) el cuidado dental que (FILL "ÉL/ELLA"=RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba?

Read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| Fue demasiado caro/ no lo pudo pagar..... | 01 |
| No fue asegurado/aprobado por su plan de salud | 02 |
| No tenía seguro dental..... | 03 |
| Problemas de transporte..... | 04 |
| Otra razón ↴..... | 05 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
1999 NHIS Child Core

C14. ¿Más o menos, cuánto tiempo ha pasado desde que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) vio a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas, tales como los que se especializan en ortodoncia (orthodontists), cirujanos de la boca (oral surgeons), y todos los otros especialistas dentales, y también a higienistas dentales.

Read if necessary, code one answer

| | |
|--|----|
| 6 MONTHS OR LESS | 01 |
| MORE THAN 6 MONTHS, BUT NOT MORE THAN 1 YEAR AGO..... | 02 |
| MORE THAN 1 YEAR, BUT NOT MORE THAN 2 YEARS AGO | 03 |
| MORE THAN 2 YEARS, BUT NOT MORE THAN 5 YEARS AGO | 04 |
| MORE THAN 5 YEARS AGO | 05 |
| NEVER..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C15. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún tiempo cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba medicinas recetadas, pero no las recibió?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → Go to C17 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |
| | | |

CP, YP, YA, YX
CSHCN (modified)

C16. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) las medicinas recetadas que (FILL "ÉL/ELLA"=RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) necesitaba?

Read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| Fue demasiado caro/ no lo pudo pagar..... | 01 |
| No tenía seguro..... | 02 |
| No fue asegurado/aprobado por su plan de salud | 03 |
| El médico no quería recetar | 04 |
| Problemas de transporte..... | 05 |
| Otra razón ↴..... | 06 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX

C17. CHECK AGE: Is NAME's age...

| | | |
|---------|----|----------------|
| 3+..... | 01 | → Continue |
| <3..... | 00 | → Go to Part D |

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C18. Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de algun otro **servicio de salud mental** que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) quizás haya recibido. Durante los últimos 12 meses, ¿**pasó** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) **la noche** en un hospital o algún otro lugar para recibir servicios de salud mental o de abuso de sustancias?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to C21 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C19. ¿Fue esto para salud mental, para abuso de sustancias o para ambos?

Code one only

MENTAL HEALTH 01
SUBSTANCE ABUSE 02
BOTH 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C20. En total, ¿cuántas veces fue (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) internado(a) en el hospital para recibir tratamientos de (FILL "SALUD MENTAL" IF C19=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C19=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS IF C23=03, D, R) durante los últimos 12 meses?

|_|_|_| TIMES (0-100)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback (modified)

C21. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algun otro servicio de salud mental o de abuso de sustancias como **paciente externo (outpatient)**? Esto incluye servicios de un psiquiatra, psicólogo, trabajadora social psiquiátrica, u otro profesional médico. Por paciente externo, queremos decir que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no pasó la noche en un hospital u otro lugar.

PROBE: Esto incluye tratamiento recibido de un doctor generalista o de cualquier otro profesional médico. No incluya tratamiento para parar de fumar.

YES 01 → Go to C23
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 3+)

C22. CHECK: Is C18=01, that is, did (NAME) receive **inpatient** mental health or substance abuse services?

YES 01 → Go to C25
NO 00 → Go to Part D

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback

C23. ¿Fue esto para salud mental, para abuso de sustancias o para ambos?

Code only one

MENTAL HEALTH 01
SUBSTANCE ABUSE 02
BOTH 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
NHIS-D Child Followback (modified)

C24. ¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses, recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) servicios de (FILL "SALUD MENTAL" IF C23=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=03, D, R) como **paciente externo** (outpatient)?

_____|_____|_____| NUMBER OF TIMES (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 3+)
Created

C25. ¿Más o menos cuánto pagaron (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) y su familia, de sus propios bolsillos, por los tratamientos de (FILL "SALUD MENTAL" IF C23=01; "ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=02; "SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS" IF C23=03, D, R) que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió durante los últimos 12 meses? Por favor incluya a ambos servicios de paciente internado y de paciente externo. No incluya dinero que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente.

\$_____00 AMOUNT FAMILY PAID (0-999,999)

NONE 0
DON'T KNOW d
REFUSED r

PART D. HEALTH INSURANCE

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D1. Las próximas preguntas son acerca de todos los tipos de seguro de salud y cobertura de servicios de salud que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) pueda tener. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cubierto(a) por Medicaid, un programa de seguro de salud para personas con ciertos niveles de ingresos y para personas con incapacidades? En este estado el programa a veces se llama (FILL STATE MEDICAID NAME).

PROBE: Medicaid es un programa de asistencia médica. Sirve a gente de ingresos bajos de todas las edades. Las cuentas médicas se pagan de fondos de impuestos federales, estatales, y municipales. Generalmente los pacientes no pagan ninguna parte de los costos por gastos médicos que están cubiertos. Los gobiernos estatales y municipales lo dirigen bajo directrices (pautas) federales.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

D2. DELETED

D3. CHECK AGE: Is NAME's age...

<21..... 01 → *Continue*
21+..... 00 → *Go to D5*

CP, YP, YA, YX (If living in S-CHIP state and under 21 years old)
CSHCN

D4. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cubierto(a) por el Programa Estatal de Seguro de Salud de Niños, o S-CHIP? (FILL IF S-CHIP NAME IS DIFFERENT THAN STATE MEDICAID NAME) En este estado el programa a veces se llama (FILL S-CHIP NAME).

PROBE: El programa estatal de seguro de salud de niños, S-CHIP extiende cobertura de seguro de salud a los niños sin seguro cuyas familias ganan demasiado para que reciban Medicaid, pero demasiado poco para poder pagar seguro de salud privado.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D5. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cubierto(a) por un seguro de salud privado, o sea seguro de salud que se obtenido por medio de un empleo o de un sindicato o comprado directamente de una compañía de aseguranza?

YES..... 01
NO..... 00 → Go to D8
DON'T KNOW d → Go to D8
REFUSED r → Go to D8

D6. CHECK AGE: Is NAME'S age...

<17 01 → Go to D8
17+ 00 → Continue

YP, YA, YX (with private health insurance)
Created

D7. ¿Recibe (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ese seguro por medio de un empleo que (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) mismo(a) tiene, lo compra (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) directamente de una compañía de seguros, o está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) asegurado(a) por de la póliza de otra persona, por ejemplo, de sus padres ?

INSURED THROUGH OWN JOB/UNION..... 01
PURCHASE FROM INSURER..... 02
SOMEONE ELSE'S POLICY/PARENTS 03
OTHER (SPECIFY) ↓..... 04

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D8. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cubierto(a) por servicios de salud militar (military health care), por CHAMPUS, por CHAMP-VA, o por TRICARE?

PROBE: **TRICARE** es un programa de cuidado de salud para miembros de los servicios uniformados, en servicio activos y retirados, sus familias y sobrevivientes. **CHAMPUS** es un programa de cuidado de salud para dependientes de personal militar de servicio o retirado. **CHAMP-V.A.** es seguro de salud para dependientes o sobrevivientes de veteranos discapacitados.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

D9. DELETED

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D10. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) registrado en un programa TITLE V. Programas Title V son programas de nivel estatal que generalmente proporcionan servicios de salud de maternidad y de niños.

PROBE: Title 5 es un tipo de cobertura de salud a nivel estatal que un niño puede tener. Los niños pueden conseguir servicios de salud, coordinación de servicios, medicamentos, equipo, o provisiones/viveres a través el programa Title V.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D11. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cubierto(a) por cualquier otro tipo de seguro de salud o por un plan de servicios de salud que paga por servicios obtenidos de hospitales, de doctores, y de otros profesionales médicos?

YES..... 01
NO..... 00 → Go to D13
DON'T KNOW..... d → Go to D13
REFUSED..... r → Go to D13

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D12. ¿Qué tipo de plan de salud es?

Do not read, code all that apply

MEDICAID/(FILL STATE NAME)..... 01
MEDICARE..... 02
S-CHIP/(FILL STATE NAME FOR S-CHIP)..... 03
TITLE V..... 04
MEDIGAP..... 05
CHAMPUS/CHAMP-VA, TRICARE,
VA, OTHER MILITARY..... 06
INDIAN HEALTH SERVICE..... 07
PRIVATE INSURANCE..... 08
SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION,
PRESCRIPTIONS, ETC.)..... 09
OTHER PLAN (SPECIFY)..... 10

DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX

D13. CHECK: Is D1=01, D4=01, D5=01, D8=01, D10=01, or D11=01, that is, does NAME have **any** health insurance coverage?

YES..... 01 → Go to D17
NO..... 00

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D14. Pareciera que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no tiene ningun tipo de cobertura de seguro de salud para ayudar a pagar por servicios obtenidos de hospitales, de doctores, y de otros profesionales médicos. ¿Es correcto?

YES..... 01→ Go to D19
NO..... 00→ Continue
DON'T KNOW d→ Go to D19
REFUSED r→ Go to D19

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D15. ¿Qué tipo de cobertura de salud tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)? ¿Algún otro tipo?

Do not read, code all that apply

MEDICAID/(FILL STATE NAME) 01
MEDICARE 02
S-CHIP/(FILL STATE NAME FOR S-CHIP)..... 03
TITLE 5 04
MEDIGAP 05
CHAMPUS/CHAMP-VA, TRICARE,
VA, OTHER MILITARY 06
INDIAN HEALTH SERVICE 07
PRIVATE INSURANCE..... 08
SINGLE SERVICE PLAN (DENTAL, VISION,
PRESCRIPTIONS, ETC.) 09
OTHER PLAN (SPECIFY) ↓ 10

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

D16. ¿Es esta cobertura pagada **principalmente** por el gobierno, un empleador o sindicato (FILL "LA" IF RTYPE=01,03; "SU" IF RTYPE=02) familia (FILL "DE NAME" IF RTYPE=01, 03; ELSE BLANK), o por otra persona?

GOVERNMENT 01
EMPLOYER/UNION..... 02
FAMILY.....03
OTHER (SPECIFY)↙ 04

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D17. En los últimos 12 meses, o sea que desde (FILL THIS MONTH, LAST YEAR), ¿hubo algún tiempo cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no estaba cubierto(a) por cualquier seguro de salud?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to D21*

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D18. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuántos meses estuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) sin cobertura?

___ MONTHS

DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO D21

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D19. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) tuvo cobertura de salud, si es que la tuvo?

- 6 meses o menos..... 01 → *Continue*
- Más de 6 meses, pero no más de un (1) año..... 02 → *Continue*
- Más de un (1) año, pero no más de tres (3) años..... 03 → *Go to D21*
- Más de tres (3) años 04 → *Go to D21*
- Nunca..... 05 → *Go to D23*
- DON'T KNOW..... d → *Go to D21*
- REFUSED..... r → *Go to D21*

CP, YP, YA, YX
CSHCN

D20. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuántos meses estaba (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) sin cobertura de seguro de salud?

|_| | MONTHS

- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX
NEILS

D21. ¿Alguna vez ha tratado (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02; "NAME" IF RTYPE=03) de conseguir que su seguro o su plan de salud pague por algo para (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02), pero ellos no querían pagar?

- YES..... 01 → *Continue*
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r
- } → *Go to D23*

CP, YP, YA, YX
NEILS

D22. ¿Por que cosas no quería pagar (FILL "SU" IF RTYPE=01,02; "EL" IF RTYPE=03) seguro (FILL "DE NAME" IF RTYPE=01, 03; ELSE BLANK)?

Code all that apply

DIAGNOSTIC PROCEDURES OR TESTS..... 01
REFERRAL TO/CARE FROM A SPECIALIST.. 02
SURGERY 03
MEDICATIONS 04
EYE EXAM/GLASSES/CONTACT LENSES..... 05
SPECIAL EQUIPMENT..... 06
THERAPY SERVICES 07
OTHER (SPECIFY)↘ 08

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
NHIS-D Child Core (modified)

D23. ¿Alguna vez ha querido (FILL "NAME" IF RTYPE=03; "UD." IF RTYPE=01,02) seguro de salud privado para (FILL "NAME" IF RTYPE=01; "UD. MISMO(A)" IF RTYPE=02; "ÉL/ELLA MISMO(A)" IF RTYPE=03), y no lo ha podido conseguir?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to Part E

CP, YP, YA, YX
NHIS-D Child Core (modified)

D24. ¿Por qué no pudo (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) conseguir seguro de salud privado para (FILL "NAME" IF RTYPE=01; "UD. MISMO(A)" IF RTYPE=02; "ÉL/ELLA MISMO(A)" IF RTYPE=03)?

Do not read list, code all that apply

BECAUSE OF PRE-EXISTING CONDITION.... 01
BECAUSE OF HEALTH RISKS 02
COULDN'T AFFORD IT 03
OTHER (SPECIFY)↘ 04

DON'T KNOW d
REFUSED r

PART E. EDUCATION AND TRAINING

CP, YP, YA, YX

E1. CHECK RTYPE: Is RTYPE....

NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01
 NAME HIM/HER SELF..... 02
 PROXY FOR NAME..... 03

CP, YP, YA, YX

E2. CHECK AGE: Is NAME's age.....

<3 01 → *Go to E19*
 3 ≤ age <17 02 → *Continue*
 17⁺ 03 → *Go to E35*

CP (age ≥ 3 and <17)

ICHP

E3. Estas siguientes preguntas son acerca de la educación de (NAME). ¿Está (NAME) registrado(a) en la escuela, ahora? (IF NO, ASK FOLLOW-UP) ¿Está (NAME) de vacaciones de la escuela?

PROBE: Escuela incluye un centro, enseñanza basada en el hogar, y educación especial.

YES..... 01 → *Go to E7*
 NO..... 00
 CHILD GRADUATED HIGH SCHOOL..... 02 → *Go to E24*
 DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

CP (age ≥ 3 and <17), not in school)

ICHP

E4. ¿Por qué no va (NAME) a la escuela?

NOT OLD ENOUGH YET 01 → *Go to E11*
 ILLNESS/DISABILITY 02
 RECEIVING HOME TEACHING BY PARENTS
 OR OTHERS..... 03 → *Go to E11*
 PERMANENTLY EXPELLED FROM SCHOOL 04
 QUIT SCHOOL 05
 GRADUATED HIGH SCHOOL..... 06 → *Go to E24*
 OTHER (SPECIFY)↴ 07

DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

CP (age ≥ 3 and <17, not in school)
NSAF

E5. ¿Alguna vez asistió (NAME) a la escuela?

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r
- } → Go to E11

CP (age ≥ 3 and <17, not in school)
NSAF

E6. ¿Cuál fue el último grado o año de escuela que (NAME) completó, si lo hay?

|| GRADE → Go to E11

- 14..... NURSERY/PRESCHOOL/
PRE-KINDERGARTEN
- 15..... KINDERGARTEN
- 16..... ABOVE 12th GRADE
- 17..... SPECIAL EDUCATION
- 18..... NOT ATTENDING
- 19..... CHILD IS HOME SCHOOLED
- d..... DON'T KNOW
- r..... REFUSED

Go to E11

CP (age ≥ 3 and <17, in school)
NSAF

E7. ¿A qué grado o año de escuela está asistiendo (NAME)?

Probe if summer vacation: ¿Cuál es el último grado o año de escuela que (EL/ELLA) completó?

|| GRADE

- 14..... HEAD START
- 15..... NURSERY/PRESCHOOL/
PRE-KINDERGARTEN
- 16..... KINDERGARTEN
- 17..... ABOVE 12th GRADE
- 18..... SPECIAL EDUCATION
- 19..... CHILD IS HOME SCHOOLED
- d..... DON'T KNOW
- r..... REFUSED

CP (≥3 and <17, in school)
1999 NHIS Child Core

E8. Durante los últimos 12 meses, o sea desde (LAST MONTH, LAST YEAR), ¿más o menos cuántos días de escuela perdió (NAME) por causa de enfermedad o alguna herida?

____|____|____| DAYS MISSED (0-365)

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

CP (age ≥ 3 and <17, in school)
NSAF

E9. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (NAME) no fue a la escuela o no asistió a clases, sin su permiso; o se negó a ir a la escuela? ¿Ocurrió esto . . .

Read list, code only one

Nunca..... 01

Una Vez..... 02

Dos veces o más..... 03

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

CP (age ≥ 3 and <17, in school)
NSAF

E10. Durante los últimos 12 meses, ¿ha sido (NAME) suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? Esto incluye ambas suspensiones en la escuela, y fuera de la escuela.

YES..... 01

NO..... 00

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

IF E7=18, GO TO E12.

CP (age ≥3 and <17)
NHIS-D (Child Followback)

E11. Estas siguientes preguntas son acerca de educación especial. Educación especial es un programa diseñado para atender a las necesidades individuales de niños con necesidades especiales. Esto es pagado por el sistema de escuelas públicas, y se puede llevar a cabo en una escuela, en el hogar, o en un hospital.

Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido (NAME) algún tipo de servicios o beneficios de educación especial? Por favor no incluya programas para niños dotados (gifted) o con talentos especiales.

YES..... 01
NO..... 00 → Go to E16
DON'T KNOW d → Go to E23
REFUSED r → Go to E23

CP (age ≥ 3 and <17, in special education)
NHIS-D (Child Followback)

E12. Durante los últimos 12 meses, ¿En dónde recibió (NAME) estos servicios de educación especial? ¿Fue en una escuela regular; en una escuela especial para niños con necesidades especiales; en el hogar; en un hospital o institución; o en la oficina de un proveedor?

Do not read list, Code all that apply

REGULAR SCHOOL..... 01→ Continue
SPECIAL SCHOOL FOR CHILDREN WITH
SPECIAL NEEDS..... 02→ Continue
HOME 03→ Go to E16
HOSPITAL OR INSTITUTION..... 04→ Go to E16
PROVIDER'S OFFICE 05→ Go to E16
OTHER (SPECIFY)↴ 06→ Go to E16

DON'T KNOW d→ Go to E16
REFUSED r→ Go to E16

CP (age ≥ 3 and <17, in special education)
NHIS-D Child Followback (modified)

E13. ¿Era esta una escuela diurna, o una escuela de internado?

PROBE: ¿Pasaba (NAME) la noche allí, o regresaba a casa todos los días?

DAY SCHOOL..... 01
RESIDENTIAL SCHOOL 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP (age ≥ 3 and <17, in special education)

E14. CHECK: Is E12=01 (regular school)?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00 → *Go to E16*

CP (age ≥ 3 and <17, in special education)
NHIS-D Child Followback (modified)

E15. ¿Recibió (NAME) estos servicios en una clase de estudios regular; en un aula especial o una sala de recursos (resource room) en la escuela, o en una clase separada durante todo el día o parte del día de estudios?

Code all that apply

REGULAR CLASSROOM SETTING 01
SPECIAL ROOM/RESOURCE ROOM 02
SEPARATE CLASS 03
OTHER (SPECIFY) ↓ 04

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP (age ≥ 3 and <17)
NHIS-D (Child Followback)

E16. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado Ud. de conseguir algún servicio (adicional) de educación especial para (NAME)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to E23*

CP (age ≥ 3 and <17)
Created

E17. ¿Está Ud. ahora en una lista de espera (waiting list) para estos servicios?

| | | |
|--------------------------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to E23</i> |
| NO..... | 00 | |
| ALREADY RECEIVED SERVICE | 02 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

Go to E23

E18. Deleted

CP (age < 3)
NHIS-D (Child Followback)

E19. Intervención Temprana o “Early Intervention” es un programa diseñado para llenar las necesidades individuales de niños y niñas infantes o muy jóvenes, que tienen necesidades especiales. El programa se proporciona gratis, y puede incluir servicios en el hogar, en un hospital, o en algún otro lugar.

Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido (NAME) cualquier tipo de servicios de intervención temprana?

| | | |
|------------------|----|-----------------------|
| YES..... | 01 | |
| NO..... | 00 | → <i>Go to E21</i> |
| DON'T KNOW | d | → <i>Go to Part F</i> |
| REFUSED..... | r | → <i>Go to Part F</i> |

CP (age < 3, in early intervention)
NHIS-D (Child Followback)

E20. Durante los últimos 12 meses, ¿En dónde recibió (NAME) estos servicios de intervención temprana?

Read list if necessary, code all that apply

- En una casa 01
 - En cuidado diario (daycare) de familia 02
 - En un jardín de infantes (nursery school) o en un centro de “daycare” regular 03
 - En una sede de servicios para pacientes externos (outpatient) 04
 - En una clase o centro de intervención temprana 05
 - En un hospital, como paciente internado(a) 06
 - En la oficina de un proveedor de intervención temprana 07
 - En una sede residencial 08
 - Algún otro lugar (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP (age < 3)
NHIS-D (Child Followback)

E21. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado Ud. de conseguir algún servicio (FILL “ADICIONAL ” IF E19=01) de intervención temprana para (NAME)?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → *Go to Part F*

CP (age < 3)
Created

E22. ¿Está Ud. ahora en una lista de espera (waiting list) para estos servicios?

- YES 01
- NO 00
- ALREADY RECEIVED SERVICE 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

Go to Part F

CP

E23. CHECK: Is (NAME's) age ...

14 + 01 → *Continue*
<14 00 → *Go to E61*

CP (14<age<17)

Mary Wagner

E24. Estas siguientes preguntas son acerca de otros servicios o entrenamiento que (NAME) quizás ha recibido. ¿**Alguna vez** recibió (NAME) cualquier entrenamiento de destrezas de empleo, educación vocacional, servicios de consejo de carrera (career counseling), o ayuda en encontrar un empleo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → *Go to E29*

CP (14<age<17)

E25. ¿Está (NAME) recibiendo **ahora** cualquier entrenamiento de destrezas de empleo; educación vocacional; servicios de consejo de carrera; o ayuda en encontrar un empleo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d → *Go to E29*
REFUSED r → *Go to E29*

E26. ¿Qué tipo de entrenamiento o ayuda está (NAME) recibiendo ahora, o ha recibido (él/ella) en el pasado? ¿Ha recibido (él/ella) . . .

ALTERNATIVE WORDING IF E25=00, THAT IS CASES WHO ARE NOT NOW RECEIVING TRAINING OR HELP: ¿Qué tipos de entrenamiento o ayuda recibió (NAME)?

Read list, code one answer for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Entrenamiento para destrezas de empleo específicas, como para reparar carros, servicio de comida, o para otro empleo..... | 01 | 00 | d | r |
| B. Entrenamiento para aprender sus intereses o habilidades de trabajo..... | 01 | 00 | d | r |
| C. Entrenamiento de destrezas básicas de trabajo, como contar cambio, leer un reloj, o usar transporte para ir a trabajar | 01 | 00 | d | r |
| D. Consejo de carrera, tal como ayuda en comprender los tipos de empleos que son apropiados para (NAME) | 01 | 00 | d | r |
| E. Ayuda en encontrar un empleo, o aprender como buscar un empleo..... | 01 | 00 | d | r |
| F. Otro (SPECIFY)..... | 01 | 00 | d | r |

E27. ¿Quién le dio, o quién le está dando a (NAME) este entrenamiento o ayuda?

ALTERNATIVE WORDING IF E25=00, THAT IS CASES WHO ARE NOT NOW RECEIVING TRAINING OR HELP: ¿Quién le dio a (NAME) este entrenamiento o ayuda?

PROBE: De dónde recibe, o recibió (NAME) esta ayuda?

Read list if necessary, code all that apply

| | |
|---|----|
| Una escuela secundaria (high school) regular | 01 |
| Una escuela secundaria para jóvenes con incapacidades | 02 |
| Universidad o "college" de 4 ó 2 años | 03 |
| Una escuela vocacional, comercial (trade) o técnica, de estudios pos-secundarios (después de high school) | 04 |
| Un miembro de la familia o una amistad | 05 |
| El patrón de (NAME) | 06 |
| Una agencia de rehabilitación vocacional (VR, VOC REHAB)..... | 07 |
| Una agencia de Incapacidades de Desarrollo (Developmental Disabilities, DD)..... | 08 |
| Otra agencia que sirve a personas con incapacidades | 09 |
| GOODWILL/Taller de trabajo protegido | 10 |
| Fuerzas Armadas (THE MILITARY)..... | 11 |
| JTPA, JOB CORPS, Otros programas federales de entrenamiento de empleo | 12 |
| OTRO (SPECIFY) ↓ | 13 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (14<age<17)
Mary Wagner

E28. ¿Más o menos cuánto entrenamiento de destrezas de empleo; educación vocacional; consejo de carreras; o ayuda para encontrar un empleo, recibió (NAME) durante los últimos 12 meses? ¿Diría Ud. que...

| | |
|---|----|
| Unos pocos días | 01 |
| Únas pocas semanas..... | 02 |
| Unos pocos meses..... | 03 |
| La mayor parte del año o el año entero | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (14<age<17)
NHIS-D (Child Followback)

E29. Durante los últimos 12 meses, ¿Ha tratado Ud. de conseguir algún entrenamiento (FILL "ADICIONAL" IF E24=01) de empleo, educación vocacional, consejo de carreras; o ayuda para encontrar un empleo para (NAME)?

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES..... | 01 |] → Go to E31 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP (14<age<17)
Created

E30. ¿Está (NAME) ahora en una lista de espera (waiting list) para estos servicios?

| | |
|--------------------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| ALREADY RECEIVED SERVICE | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (14<age<17)
Mary Wagner

E31. ¿Alguna vez recibió (NAME) algún entrenamiento en como hacer cosas tales como manejar (su) dinero, cocinar o mantener la casa, o algún otro entrenamiento de destrezas de vida cotidiana (life skills training)? Por favor no incluya instrucción por parte de miembros de la familia o de amistades.

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (14<age<17)
Created

E32. Después de que (NAME) cumpla los 18 años, ¿cuán probable es que (él/ella) asista a una escuela o algún tipo de programa de entrenamiento? ¿Diría Ud. que...

Es muy probable 01
Es algo probable 02
No es muy probable 03
No es en nada probable 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP (14<age<17)
Created

E33. Cuando (NAME) cumpla los 18 años, ¿cuán probable es que (EL/ELLA) trabaje en un empleo? ¿Diría Ud. que...

Es muy probable 01
Es algo probable 02
No es muy probable 03
No es en nada probable 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP (14<age<17)
Created

E34. Después de que (NAME) cumpla los 18 años, ¿cuán probable es que (EL/ELLA) pueda vivir en forma independiente, si (EL/ELLA) quisiera? ¿Diría Ud. que...

PROBE: Por eso quiero decir no vivir con su familia.

Es muy probable 01
Es algo probable 02
No es muy probable 03
No es en nada probable 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO E61

YP, YA, YX (age 17+)
ICHP

E35. Estas siguientes preguntas son acerca de (FILL "LA EDUCACIÓN DE NAME" IF RTYPE=01,03; "SU EDUCACIÓN" IF RTYPE=02). ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) registrado(a) en la escuela, ahora? Esto incluye una escuela secundaria regular (high school), una escuela secundaria especial para personas con incapacidades, un programa de educación especial, una escuela vocacional, de negocios, comercial, o técnica, o una universidad o "college" de 2 o 4 años?

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | → Go to E42 |
| NO..... | 00 |] → Continue |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+, not in school)
Created

E36. ¿Está sirviendo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) activamente como militar en cualquiera de los servicios de las Fuerzas Armadas: Army (Ejército), Navy (Marina), Marine Corps (Infantería de Marina), Air Force (Fuerza Aérea), o Coast Guard (Guardacostas)?

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | → Go to E39 |
| NO..... | 00 |] → Continue |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+, not in school)
NSAF

E37. ¿Alguna vez asistió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) a la escuela?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 |] → Go to E48 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+, not in school)

NSAF

E38. ¿Cuál fue el último grado (año) de escuela que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) completó?

PROBE: Antes de obtener un GED (Diploma de Equivalencia), si (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) lo tiene.

____ GRADE

- 14 NURSERY/PRESCHOOL/
PRE-KINDERGARTEN
- 15 KINDERGARTEN
- 16 ABOVE 12th GRADE
- 17 SPECIAL EDUCATION
- 18 NOT ATTENDING
- 19 NAME WAS HOME SCHOOLED
- d DON'T KNOW
- r REFUSED

YP, YA, YX (age 17+, not in school)

Created

E39. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un diploma de estudios secundarios (high school) o un GED, también llamado: Diploma de Equivalencia, o ninguno de estos?

- YES, HIGH SCHOOL DIPLOMA..... 01
 - YES, GED 02
 - NEITHER 03
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to E41

Created

E40. ¿En qué año (IF E39=01 FILL "SE GRADUÓ (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) (IF E39 = 01 FILL "DE LA ESCUELA SECUNDARIA (HIGH SCHOOL)"; IF E39=02 "RECIBIÓ (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) SU GED")?

____ YEAR (1985-2002)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (age 17+, not in school)
NSAF

E41. Mientras (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) estaba en la escuela, ¿alguna vez fue (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? Esto incluye ambas suspensiones en la escuela, y fuera de la escuela.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

GO TO E48

YP, YA, YX (age 17+, in school)
Created

E42. ¿A qué tipo de escuela asiste (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?
¿Es una . . .

IF RESPONDENT VOLUNTEERS SPECIAL EDUCATION: ¿Es en una escuela secundaria regular, una escuela secundaria especial para personas con necesidades especiales, o es en algún otro lugar?

Read list, code only one

Escuela secundaria regular..... 01→ *Continue*
Escuela secundaria especial para
personas con incapacidades..... 02→ *Continue*
Escuela Pos-secundaria, vocacional,
técnica, de negocios o comercial 03→ *Go to E45*
Universidad de 2 años o "community
college" 04→ *Go to E45*
Universidad o "college" de 4 años..... 05→ *Go to E45*
Otra cosa (SPECIFY) ↓..... 06→ *Go to E45*

SPECIAL EDUCATION NOT IN A SCHOOL 07→ *Go to E50*
HOME SCHOOLED 08→ *Go to E48*
DON'T KNOW d→ *Go to E46*
REFUSED r→ *Go to E46*

YP, YA, YX (age 17+, in highschool)
NSAF

E43. ¿A qué grado (año) de escuela secundaria (high school) asiste (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

Probe if summer vacation: ¿Cuál es el último grado (año) de estudios que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) completó en la escuela?

____ GRADE

- 13..... SPECIAL EDUCATION
- 14..... CHILD IS HOME SCHOOLED
- d..... DON'T KNOW
- r..... REFUSED

YP, YA, YX (age 17+, in highschool)
NSAF

E44. ¿Fue (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) alguna vez, suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? Esto incluye ambas suspensiones en la escuela, y fuera de la escuela.

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

GO TO E48

YP, YA, YX (age 17+, not in highschool)
Created

E45. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un diploma de estudios secundarios (high school) o un GED, también llamado: Diploma de Equivalencia, o ninguno de estos?

- YES, HIGH SCHOOL DIPLOMA..... 01
- YES, GED..... 02
- NEITHER..... 03
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

YP, YA, YX (age 17+, not in highschool)
Created

E46. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) tomando clases para prepararse para un empleo u oficio específico? Por ejemplo: mecánico de autos, secretaria, maestro(a), o científico de computadoras?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to E48 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+, not in highschool)

E47. ¿Para qué tipo de empleo u oficio se está preparando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

JOB OR TRADE NAME ↴

| | |
|-----------------|---|
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX (age 17+)
NHIS-D (Adult Followback)

E48. Esta siguiente pregunta es acerca de educación especial. Educación especial es un programa diseñado para atender a las necesidades individuales de personas con necesidades especiales. Esto es pagado por el sistema de escuelas públicas, y se puede llevar a cabo en la escuela, en el hogar, o en el hospital.

¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibiendo **ahora** algún tipo de servicios o beneficios de educación especial?

PROBE: No incluya programas para dotados (gifted) o de talentos especiales.

| | |
|-----------------|----------------|
| YES..... | 01 → Go to E50 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX (age 17+)

E49. ¿**Alguna vez** ha recibido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier tipo de servicios o beneficios de educación especial?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX (age 17+)
Mary Wagner

E50. Estas siguientes preguntas son acerca de **otra** ayuda o entrenamiento de empleo que (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) quizás ha recibido. ¿**Alguna vez** ha recibido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier entrenamiento de destrezas (skills) de empleo, educación vocacional, servicios de consejo de carrera, o ayuda en encontrar un empleo?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to E55 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+)

E51. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibiendo **ahora** cualquier entrenamiento de destrezas de empleo, educación vocacional, servicios de consejode carrera, o ayuda en encontrar un empleo?

| | |
|-----------------|---------------|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d → Go to E55 |
| REFUSED..... | r → Go to E55 |

YP, YA, YX (age 17+)
Mary Wagner

E52. ¿Qué tipos de entrenamiento o ayuda está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibiendo ahora, o ha recibido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en el pasado?

IF E50=01 AND E51=00 FILL: Qué tipos de entrenamiento o ayuda recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

E52a. ¿Ha recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) entrenamiento de destrezas de empleo específicas, por ejemplo: reparar autos, servicio de comida, o entrenamiento para otro tipo de empleo

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

E52b. ¿Ha recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) entrenamiento para averiguar sus intereses o habilidades de trabajo?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

E52c. ¿Ha recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) entrenamiento de destrezas básicas de trabajo, por ejemplo: contar cambio, leer el reloj, o usar transporte para llegar al trabajo?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

E52d. ¿Ha recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) servicio de consejo de carreras, como ayuda para encontrar empleos adecuados para (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

E52e. ¿Ha recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ayuda para encontrar un empleo o para aprender a buscar un empleo?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

E52f. ¿Ha recibido (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) algún otro tipo de entrenamiento o consejo?

YES, SPECIFY ↓

NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP, YA, YX (age 17+)
Mary Wagner

E53. ¿Quién le dio a (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) o le está dando a (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este entrenamiento o ayuda?

ALTERNATIVE WORDING IF E51=00, THAT IS CASES WHO ARE NOT NOW RECEIVING TRAINING OR HELP: ¿Quién le dio a (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este entrenamiento o ayuda?

PROBE: ¿De dónde está recibiendo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) o recibió (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) esta ayuda?

PROBE: ¿De dónde recibió (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) esta ayuda?

Read if necessary, code all that apply

| | |
|--|----|
| Una escuela secundaria (high school) regular..... | 01 |
| Una escuela secundaria para jóvenes con incapacidades | 02 |
| Programa de Educación Especial | 03 |
| Universidad o "college" de 2 ó 4 años..... | 04 |
| Una escuela vocacional, comercial (trade) o técnica, de estudios pos-secundarios (después de high school)..... | 05 |
| Un miembro de la familia o una amistad | 06 |
| El patrón de NAME, if RTYPE=01,03) Su patrón IF RTYPE=02) | 07 |
| Una agencia de rehabilitación vocacional (VR, VOC REHAB)..... | 08 |
| Una agencia de Incapacidades de Desarrollo (DD) | 09 |
| Otra agencia que sirve a personas con incapacidades | 10 |
| GOODWILL/ Taller de trabajo protegido | 11 |
| Fuerzas Armadas - THE MILITARY | 12 |
| JTPA, JOB CORPS, Otros programas federales de entrenamiento de empleo..... | 13 |
| SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION | 14 |
| OTRO (SPECIFY)..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (age 17+)
Mary Wagner

E54. ¿Más o menos cuánto entrenamiento de destrezas de empleo; educación vocacional; consejo de carreras; o ayuda para encontrar un empleo, recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) durante los últimos 12 meses?
¿Diría Ud. que

| | |
|--|----|
| Unos pocos días | 01 |
| Unas pocas semanas..... | 02 |
| Unos pocos meses..... | 03 |
| La mayorparte del año o el año entero | 04 |
| Nada | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (age 17+)
NHIS-D (Child Followback)

E55. Durante los últimos 12 meses, ¿trató (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) de conseguir algún (FILL "ADICIONAL" IF E50=1) entrenamiento de empleo, educación vocacional, consejo de carreras; o ayuda para encontrar un empleo ?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to E57 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+)
Created

E56. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ahora en una lista de espera (waiting list) para estos servicios?

| | |
|--------------------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| ALREADY RECEIVED SERVICE | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX (age 17+)

E57. CHECK: Has (NAME) ever received SSI?

| | |
|----------|----------------|
| YES..... | 01 → Continue |
| NO..... | 00 → Go to E60 |

YP, YA, YX (age 17+)
Created

E58. El Social Security Administration a veces refiere a beneficiarios a agencias de rehabilitación vocacional, para servicios. ¿En algún momento ha **referido** el Social Security Administration a (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) para servicios de rehabilitación vocacional?

PROBE: Servicios de rehabilitación vocacional ayudan a personas con incapacidades a prepararse para empleos y a funcionar lo más independientemente que sea posible.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to E60 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YP, YA, YX (age 17+)
Created

E59. ¿Fue (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) **aceptado(a)** para servicios de rehabilitación vocacional?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX (age 17+)
Mary Wagner

E60. ¿**Alguna vez** recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algún entrenamiento en como hacer cosas tales como manejar (su) dinero, cocinar o limpiar la casa, o algún otro entrenamiento de destrezas de vida cotidiana (life skills training)? Por favor no incluya instrucción por parte de miembros de la familia o de amistades.

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX
Created

E61. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ahora un Plan de Educación Individual (Individual Education Plan o IEP)?

PROBE: Esto es un plan desarrollado por proveedores de educación especial y se repasa cada año. Expone metas anuales de educación para el niño y cataloga los servicios que la escuela va a proporcionar.

YES..... 01 → *Go to E63*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

E62. ¿Alguna vez tuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un Plan de Educación Individual o IEP?

PROBE: Esto es un plan desarrollado por proveedores de educación especial y se repasa cada año. Expone metas anuales de educación para el niño y cataloga los servicios que la escuela va a proporcionar.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

E63. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ahora un Plan Escrito de Rehabilitación Individual (Individual Written Rehabilitation Plan o IWRP)? También se conoce como un Plan Escrito de Vocación Individual o IWVP.

PROBE : Los planes de IWRP son desarrollados por agencias estatales de rehabilitación vocacional. Catalogan un curso de servicios de rehabilitación que reciba una persona con necesidades especiales de salud para ayudarle a preparar para sus metas de empleo y lograr esas metas.

YES..... 01 → *Go to Part F*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

E64. ¿Alguna vez tuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un Plan Escrito de Rehabilitación Individual o IWRP ? También se conoce como un Plan Escrito de Vocación Individual o IWVP.

PROBE: Los planes de IWRP son desarrollados por agencias estatales de rehabilitación vocacional. Catalogan un curso de servicios de rehabilitación que reciba una persona con necesidades especiales de salud para ayudarle a preparar para sus metas de empleo y lograr esas metas.

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

PART F: OTHER PROGRAMS AND SERVICES

F1. CHECK RTYPE: Is RTYPE...

NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01 → *Continue*
 NAME HIMSELF/HERSELF..... 02 → *Go to F3*
 PROXY FOR NAME..... 03 → *Go to F3*

CP, YP
 ICHP

F2. ¿Ha participado Ud. (FILL "O SU ESPOSO(A)" IF B2=01; FILL "O SU PAREJO(A)" IF B2=02) alguna vez en cualquier grupo de apoyo o grupo de entrenamiento de padres para niños con incapacidades?

YES..... 01
 NO..... 00
 DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX
 ICHP/NHIS-D (modified)

F3. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de algunos de los servicios que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibe, de sus necesidades de servicios, y de algunos de los gastos que (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02; "NAME" IF RTYPE=01,03) y su familia quizás han tenido que pagar de sus propios bolsillos por estos servicios.

Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier **terapia física, ocupacional, o del habla**?

YES..... 01 → *Go to F6*
 NO..... 00
 DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

CP, YP, YA, YX
 ICHP/NHIS-D (modified)

F4. Durante los últimos 12 meses, ¿**necesitó** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier **terapia física, ocupacional, o del habla**?

YES..... 01 → *Continue*
 NO..... 00
 DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

} → *Go to F8*

F5. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)
ningún **terapia física, ocupacional, o del habla?**

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T
COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO
GET SERVICE 05
 - ON WAITING LIST 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 11
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F8

CP, YP, YA, YX
ICHP/NHIS-D (modified)

F6. ¿Quién pagó por la **terapia física, ocupacional, o del habla, que** (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL “SU FAMILIA.” IF RTYPE=01; “ UD O SU FAMILIA” IF RTYPE=02; NAME O SU FAMILIA IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME’S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME’S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F8*
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON’T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP, YA, YX
ICHP/NHIS-D (modified)

F7. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia por **terapia física, ocupacional, o del habla**, si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

- \$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)
- ENTIRE AMOUNT 01
 - AMOUNT PER WEEK..... 02
 - DON’T KNOW d
 - REFUSED r

F8. CHECK AGE: Is NAME’s age...

- <18 01 → *Continue*
- 18+ 02 → *Go to F25*

CP, YP (if age <18)

F9. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió (NAME) alguna terapia respiratoria?

- YES..... 01 → Go to F12
- NO..... 00
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

CP, YP (if age <18)

F10. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó (NAME) alguna **terapia respiratoria**?

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r
- } → Go to F14

CP, YP (if age <18)

F11. ¿Por qué no recibió (NAME) ninguna **terapia respiratoria**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE..... 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 11
-
- DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r

Go to F14

CP, YP (if age <18)

F12. ¿Quién pagó por la **terapia respiratoria** que (NAME) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue su familia, su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F14*
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP (if age <18)
ICHP/NHIS-D (modified)

F13. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagó su familia por **terapia respiratoria**, si pagó algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que su familia quizás haya pagado.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID BY FAMILY (0-99,999)

- ENTIRE AMOUNT 01
- AMOUNT PER WEEK..... 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP

F14. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió (NAME) cualquier **terapia de recreación**?

PROBE: Terapia de recreación proporciona actividades ajustadas para niños con incapacidades, tales como deportes en sillas de rueda y excursiones comunitarias, y actividades especiales de juego.

| | | |
|-----------------|----|-------------|
| YES..... | 01 | → Go to F17 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP (if age <18)

F15. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó (NAME) alguna **terapia de recreación**?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | |
| NO..... | 00 | } → Go to F19 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP (if age <18)

F16 ¿Por qué no recibió (NAME) ninguna **terapia de recreación**?

Do not read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... | 01 |
| PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... | 02 |
| TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... | 03 |
| INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... | 04 |
| DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE..... | 05 |
| ON WAITING LIST..... | 06 |
| SERVICE NOT AVAILABLE..... | 07 |
| DON'T LIKE PROVIDER..... | 08 |
| TRANSPORTATION PROBLEMS..... | 09 |
| COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... | 10 |
| OTHER (SPECIFY) ↓..... | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

Go to F19

CP, YP (if age <18)

F17 ¿Quién pagó por la **terapia de recreación** que (NAME) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue su familia, su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → Go to F19
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP (if age <18)

F18. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagó su familia por **terapia de recreación**, si pagó algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que su familia quizás haya pagado.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID BY FAMILY (0-99,999)

- ENTIRE AMOUNT 01
- AMOUNT PER WEEK..... 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (if age <18)

F19. Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** (NAME) cualquier **servicio de audiología**? Esto incluye exámenes de pérdida del (sentido de) oído, entrenamiento o rehabilitación auditiva, y pruebas para poder usar aparatos para sordos y otro equipo.

- YES..... 01 → Go to F22
- NO..... 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (if age <18)

F20. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó (NAME) algún **servicio de audiolología**?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

→ Go to F31

CP, YP (if age <18)

F21. ¿Por qué no recibió (NAME) ningunos **servicios de audiolología**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T
COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO
GET SERVICE..... 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 11
-
- DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r

Go to F31

CP, YP (if age <18)

F22. ¿Quién pagó por los **servicios de audiolgía** que (NAME) recibió

PROBE: Por ejemplo, ¿fue su familia, su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F24*
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP (if age <18)

F23. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagó su familia por **servicios de audiolgía**, si pagó algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que su familia quizás haya pagado.

- \$ _____ .00 AMOUNT PAID BY FAMILY (0-99,999)
- ENTIRE AMOUNT 01
 - AMOUNT PER WEEK..... 02
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r

F24. CHECK AGE: Is NAME'S age...

- <18..... 01 → *Go to F31*
- 18+ 02 → *Continue*

YP, YA, YX (if age 18+)

F25. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier otro tipo de terapia, tales como terapia respiratoria, o de recreación?

PROBE: No incluya terapia por salud mental o por abuso de sustancias.

| | | | |
|-----------------|----|-----|-----------|
| YES..... | 01 | } → | Go to F27 |
| NO..... | 00 | | |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |

YP, YA, YX (if age 18+)

F26. ¿Qué tipo de terapia era?

Read list, code all that apply:

| | |
|----------------------------------|----|
| Terapia Respiratoria..... | 01 |
| Terapia de recreación..... | 02 |
| Otra (¿Cuál?) _↓ | 03 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

GO TO F29

YP, YA, YX (if age 18+)

F27. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier otro tipo de terapia?

| | | |
|-----------------|----|------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |
| | | |

YP, YA, YX (if age 18+)

F28. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ningún **otro tipo de terapia**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T
COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO
GET SERVICE 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY)↴ 11
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F31

YP, YA, YX (if age 18+)

F29. ¿Quién pagó por la (FILL “TERAPIA RESPIRATORIA” IF F26=01; “TERAPIA RECREACIÓN” IF F26=02; “OTRA TIPO DE TERAPIA” IF F26=03; “TERAPIA RESPIRATORIA Y TERAPIA RECREACIÓN” IF F26=01 AND 02; “TERAPIA RESPIRATORIA Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=01 AND 03; “TERAPIA RECREACIÓN Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=02 AND 03; “TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA DE RECREACIÓN Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=01,02, AND 03) que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01, UD. O SU FAMILIA IF RTYPE=02; “NAME O SU FAMILIA ” IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----------------|
| (NAME) | 01 |
| (NAME’S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD | 02 |
| (NAME’S) FAMILY NOT LIVING IN SAME HOUSEHOLD | 03 |
| INSURANCE/MEDICAID | 04 |
| SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION | 05 |
| TITLE 5 PROGRAM..... | 06 |
| EARLY INTERVENTION..... | 07 |
| NO ONE/FREE | 08 → Go to F31 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 09 |
| <hr/> | |
| DON’T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (if age 18+)

F30. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia por (FILL “TERAPIA RESPIRATORIA” IF F26=01; “TERAPIA RECREACIÓN” IF F26=02; “OTRA TIPO DE TERAPIA” IF F26=03; “TERAPIA RESPIRATORIA Y TERAPIA RECREACIÓN” IF F26=01 AND 02; “TERAPIA RESPIRATORIA Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=01 AND 03; “TERAPIA RECREACIÓN Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=02 AND 03; “TERAPIA RESPIRATORIA, TERAPIA DE RECREACIÓN Y OTRO TIPO DE TERAPIA” IF F26=01,02, AND 03), si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)

ENTIRE AMOUNT 01
AMOUNT PER WEEK..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

F31. Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) algún **servicio** especial **de transporte** para ir y regresar a citas médicas u otros lugares?

YES..... 01 → *Go to F34*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

F32. Durante los últimos 12 meses, ¿**necesitó** (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) algún **servicio** especial **de transporte**?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to F36*

CP, YP, YA, YX

F33. ¿Por qué no recibió (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) ningunos **servicios** especiales **de transporte**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY)↴ 11
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F36

CP, YP, YA, YX

F34. ¿Quién pagó por los **servicios** especiales **de transporte**, que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01, “UD. O SU FAMILIA” IF RTYPE=02; “NAME O SU FAMILIA ” IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F36*
 - OTHER (SPECIFY)↴ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP, YA, YX

F35. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia por **servicios de transporte especiales**, si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)

ENTIRE AMOUNT 01
AMOUNT PER WEEK..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

F36. CHECK AGE: Is NAME's age...

<18 01 → Go to F48
18+ 02 → Continue

YP, YA, YX

F37. CHECK A10 or A87b: Is (NAME) living in a residential facility or nursing home (A10 or A87b=4 or 8)?

YES 01 → Go to F60
NO 00 → Continue

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F38. Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) servicios de un(a) **asistente de cuidado personal (personal care attendant)**, además de un miembro de la familia o una amistad?

PROBE: Un asistente de cuidado personal es alguien que es empleado(a) por gente, para ayudar en tareas diarias tales como bañarse, vestirse y comer, que no pueden hacer por causa de un incapacidad o condición de salud.

PROBE IF A9, A10, OR A87b=06: Esto no incluye asistencia de cuidado personal que (“NAME” IF RTYPE=01, 03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió de empleados en la escuela como parte del costo de asistir a esa escuela.

YES 01 → Go to F41
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F39. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algún servicio de un(a) **asistente de cuidado personal**?

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r
- } → **Go to F43**

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F40. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ningunos servicios de un(a) **asistente de cuidado personal**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE..... 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 11
-
- DON'T KNOW..... d
 - REFUSED..... r

Go to F43

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F41. ¿Quién pagó por los servicios de un(a) **asistente de cuidado personal**, que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01, UD. O SU FAMILIA IF RTYPE=02; "NAME O SU FAMILIA " IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → Go to F43
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F42. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02 ; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia por servicios de un(a) **asistente de cuidado personal**, si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0- 99,999)

- ENTIRE AMOUNT 01
- AMOUNT PER WEEK..... 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F43. Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier servicio de **un centro de cuidado diurno de adultos (adult day care) o un centro de actividades diurnas (day activity)**?

PROBE: Cuidado diurno de adultos (Adult day care) es para personas que no pueden cuidarse completamente sólo, y necesitan algo de ayuda o supervisión durante el día, en un lugar fuera de su hogar.

YES..... 01 → *Go to F46*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F44. Durante los últimos 12 meses, ¿**necesitó** (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier servicio de **un centro de cuidado diurno de adultos (adult day care) o un centro de actividades diurnas (day activity)**?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ *Go to F48*

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F45. ¿Por qué no recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) servicios de **un centro de cuidado diurno de adultos (adult day care) o un centro de actividades diurnas (day activity)**?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T
COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO
GET SERVICE 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY)↴ 11
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F48

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F46. ¿Quién pagó por los servicios de **un centro de cuidado diurno de adultos (adult day care) o un centro de actividades diurnas (day activity)**, que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01, UD. O SU FAMILIA IF RTYPE=02; “NAME O SU FAMILIA ” IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME’S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME’S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F48*
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON’T KNOW d
 - REFUSED r

YP, YA, YX (if age 18+, not in group/nursing home)

F47. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia por servicios de un **centro de cuidado diurno de adultos o un centro de actividades diurnas**, si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

- \$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)
- ENTIRE AMOUNT 01
 - AMOUNT PER WEEK..... 02
 - DON’T KNOW d
 - REFUSED r

F48. CHECK RTYPE: Is RTYPE...

NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01 → *Continue*
NAME HIM/HER SELF..... 02 → *Go to F60*
PROXY FOR NAME..... 03 → *Go to F60*

CP, YP

F49. Durante los últimos 12 meses, ¿recibió su familia algún **relevo de descanso del cuidador (respite care)**? **Relevo de descanso del cuidador** es un servicio proporcionado a familias para que los cuidadores (caregivers) en la familia puedan disfrutar de vacaciones o tener un descanso. El servicio puede ser proporcionado por una persona o una organización, y puede ser en su hogar o en otro lugar.

YES..... 01 → *Go to F52*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP

F50. Durante los últimos 12 meses, ¿**necesitó** su familia algún servicio de **relevo de descanso del cuidador**?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ *Go to F55*

CP, YP

F51. ¿Por qué no recibió su familia ningunos servicios de **relevo de descanso del cuidador**?

- FAMILY DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
- (NAME) WON'T ACCEPT RESPITE CARE..... 02
- TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT..... 03
- INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
- DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE 05
- ON WAITING LIST..... 06
- SERVICE NOT AVAILABLE 07
- DON'T LIKE PROVIDER..... 08
- TRANSPORTATION PROBLEMS 09
- COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
- OTHER (SPECIFY)↴ 11

-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F54

CP, YP

F52. ¿Quién pagó por los servicios de **relevo de descanso del cuidador** que su familia recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue su familia, su seguro o Medicaid, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F55*
 - OTHER (SPECIFY)↴ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP
ICHP/NHIS-D (modified)

F53. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagó su familia por **relevo de descanso del cuidador (respite care)**, si pagó algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que su familia quizás pagó.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)

ENTIRE AMOUNT 01
AMOUNT PER WEEK..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

F54. DELETED

CP, YP

F55. Durante los últimos 12 meses, ¿**recibió** Ud. o recibieron otros miembros de la familia algún **servicio de consejo o salud mental** por causa del estado de salud de (NAME)?

YES 01 → *Go to F58*
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

F56. Durante los últimos 12 meses, ¿**necesitaba** Ud. o necesitaban otros miembros de la familia algún **servicio de consejo o salud mental** por causa del estado de salud de (NAME)?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to F60*

CP, YP

F57. ¿Por qué no recibió Ud. o no recibieron otros miembros de la familia **servicios de consejo o salud mental**?

Do not read list, code all that apply

- DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
- PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
- TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT 03
- INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
- DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE 05
- ON WAITING LIST..... 06
- SERVICE NOT AVAILABLE 07
- DON'T LIKE PROVIDER..... 08
- TRANSPORTATION PROBLEMS 09
- COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
- OTHER (SPECIFY)↴ 11

-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to F60

CP, YP

F58. ¿Quién pagó por los **servicios de consejería o salud mental** que Ud. u otros miembros de la familia recibieron?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue su familia, su seguro o Medicaid, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
- (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
- (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
- INSURANCE/MEDICAID 04
- SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
- TITLE 5 PROGRAM..... 06
- EARLY INTERVENTION..... 07
- NO ONE/FREE 08 → *Go to F60*
- OTHER (SPECIFY)↴ 09

-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP

F59. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagó su familia por **servicios de consejo o salud mental**, si pagó algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que su familia quizás pagó.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID BY FAMILY (0-99,999)

| | |
|----------------------|----|
| ENTIRE AMOUNT | 01 |
| AMOUNT PER WEEK..... | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
Created

F60. En los últimos 12 meses, ¿recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algún **otro servicio** del cual aún no hemos hablado?

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

→ Go to F64

CP, YP, YA, YX
Created

F61. ¿Qué servicios son?

Do not read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| DOCTOR VISITS | 01 |
| HOSPITAL CARE | 02 |
| MENTAL HEALTH COUNSELING..... | 03 |
| PERSONAL ATTENDANT OR HOME CARE SERVICES | 04 |
| SPECIAL EDUCATION..... | 05 |
| SKILLED NURSING (RN/LPN) SERVICES | 06 |
| SOCIAL WORK SERVICES..... | 07 |
| TRAINING IN SELF-CARE OR HOME MAKING .. | 08 |
| TRAINING IN SOCIAL SKILLS | 09 |
| OTHER THERAPY SERVICES..... | 10 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX

F62. ¿Quién pagó por estos **otros servicios** que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió?

PROBE: Por ejemplo, ¿fue (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01, UD. O SU FAMILIA IF RTYPE=02; "NAME O SU FAMILIA " IF RTYPE=03), su seguro o Medicaid, el sistema de escuelas, o alguna otra cosa?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) 01
 - (NAME'S) FAMILY LIVING IN SAME HOUSEHOLD 02
 - (NAME'S) FAMILY **NOT** LIVING IN SAME HOUSEHOLD 03
 - INSURANCE/MEDICAID 04
 - SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION 05
 - TITLE 5 PROGRAM..... 06
 - EARLY INTERVENTION..... 07
 - NO ONE/FREE 08 → *Go to F64*
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 09
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP, YA, YX

F63. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia por estos **otros servicios**, si pagaron algo? Por favor no cuente ningún dinero que ya ha sido o que será reembolsado por el seguro o por cualquier otra fuente, pero sí incluya cualquier co-pago (copayment) del seguro que (FILL "UD." IF RTYPE=01, 02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID BY FAMILY (0-99,999)

- ENTIRE AMOUNT 01
- AMOUNT PER WEEK..... 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP, YA, YX
Created

F64. ¿Hay algún otro servicio que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) **necesita** ahora, pero no está recibiendo, y del cuál ya no hemos hablado?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → Go to F67 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
Created

F65. ¿Cuáles son estos servicios?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| DOCTOR VISITS..... | 01 |
| HOSPITAL CARE..... | 02 |
| MENTAL HEALTH COUNSELING..... | 03 |
| SPECIAL EDUCATION..... | 04 |
| VISITING NURSE (RN/LPN) SERVICES..... | 05 |
| SOCIAL WORK SERVICES..... | 06 |
| TRAINING IN SELF-CARE OR HOMEMAKING..... | 07 |
| TRAINING IN SOCIAL SKILLS..... | 08 |
| OTHER THERAPY SERVICES..... | 09 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 10 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX

F66. ¿Por qué no está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibiendo (ESTE SERVICIO/ESTOS SERVICIOS)?

Do not read list, code all that apply

- (NAME) DIDN'T NEED THE SERVICE..... 01
 - PROVIDER THINKS NO LONGER NEEDED... 02
 - TOO EXPENSIVE/CAN'T AFFORD IT 03
 - INSURANCE OR MEDICAID DOESN'T COVER IT/NO INSURANCE..... 04
 - DON'T KNOW WHERE/HOW TO GET SERVICE 05
 - ON WAITING LIST..... 06
 - SERVICE NOT AVAILABLE 07
 - DON'T LIKE PROVIDER..... 08
 - TRANSPORTATION PROBLEMS 09
 - COULDN'T TAKE TIME OFF WORK..... 10
 - OTHER (SPECIFY) ↴ 11
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

F67. Ahora, le voy a preguntar de cosas específicas que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) quizás usó el mes pasado, o sea en (FILL LAST MONTH), y de cuánto han pagado (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia de sus propio bolsillo por estas cosas. Pagos de su propio bolsillo son los que (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia pagan por sí mismos, y que no eran cubiertos por el seguro, o pagados por algún programa.

| Question | Answer | ¿Cuánto pagaron (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia de su propio bolsillo por (INSERT ITEM) en (LAST MONTH)? |
|--|--|---|
| A. ¿En (LAST MONTH) usó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier medicina para sus necesidades (de servicio) de salud? | YES..... 01 | \$_____00 AMOUNT (0-9,999) |
| | NO 00 | |
| | DON'T KNOW d | |
| | REFUSED..... r | |
| | OR: \$_____00 per week (0-9,999) | |
| B. ¿En (LAST MONTH) usó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) una dieta (IF AGE <18, FILL "O FORMULA") especial para sus necesidades de salud? | YES..... 01 | \$_____00 AMOUNT (0-9,999) |
| | NO 00 | |
| | DON'T KNOW d | |
| | REFUSED..... r | |
| | OR: \$_____00 per week (0-9,999) | |
| C. ¿En (LAST MONTH) usó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algunas provisiones médicas tales como agua destilada, vendas, o jeringas? | YES..... 01 | \$_____00 AMOUNT (0-9,999) |
| | NO 00 | |
| | DON'T KNOW d | |
| | REFUSED..... r | |
| | OR: \$_____00 per week (0-9,999) | |

| Question | Answer | ¿Cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia de su propio bolsillo por (INSERT ITEM) en (LAST MONTH)? |
|--|---|---|
| D. En (LAST MONTH) usó (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) ROPA ESPECIAL O (IF AGE <18 FILL “PAÑALES QUE NORMALMENTE NO SON USADOS POR NIÑOS DE LA MISMA EDAD QUE (ÉL/ELLA); IF AGE 18+ FILL “PRODUCTOS PARA INCONTINENCIA?” | YES..... 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED..... r | \$_____00 AMOUNT (0-9,999) OR: \$_____00 per week (0-9,999) |
| E. CHECK RTYPE: Is RTYPE... | | |
| NAME'S PARENT OR GUARDIAN 01→ Continue NAME HIMSELF/HERSELF 02→ Continue PROXY FOR NAME 00→ Go to F67i | | |
| F. ¿En (LAST MONTH) tuvieron (FILL “UD.” IF RTYPE=01, 02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia premios más altas de seguro de salud porque (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) tiene necesidades especiales de servicios de salud? | YES..... 01 NO 00 NO INSURANCE ... 03 DON'T KNOW d REFUSED..... r | \$_____00 AMOUNT (0-9,999) OR: \$_____00 per week (0-9,999) |

| Question | Answer | ¿Cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia de su propio bolsillo por (INSERT ITEM) en (LAST MONTH)? |
|--|--|---|
| CP, YP, YA | YES..... 01 | |
| G. ¿En (LAST MONTH) tuvieron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; IF RTYPE=03) y su familia cargos adicionales en su cuenta de teléfono relacionados a (FILL “LAS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD DE NAME” IF RTYPE=01,03; “SUS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD” IF RTYPE=02)? | NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 AMOUNT (0-9,999) OR: \$00 per week (0-9,999) |
| CP, YP, YA | YES..... 01 | |
| H. ¿En (LAST MONTH) tuvieron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia cargos adicionales en su cuenta de electricidad o de utilidades relacionados a (FILL “LAS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SUS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD” IF RTYPE=02)? | NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 AMOUNT (0-9,999) OR: \$00 per week (0-9,999) |

| Question | Answer | ¿Cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia de su propio bolsillo por (INSERT ITEM) en (LAST MONTH)? |
|---|--|---|
| CP, YP, YA, YX | | |
| I. ¿En (LAST MONTH) compraron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia cualquier otra cosa o tuvieron otros gastos de sus propios bolsillos relacionados a (FILL; “LAS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SUS NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD” IF RTYPE=02)? | OTHER (SPECIFY) ↴ _____ DON'T KNOW d REFUSED..... r | \$_____.00 AMOUNT (0-9,999) OR: \$_____.00 per week (0-9,999) |

CP, YP, YA, YX
Created

F68. ¿Hay otros artículos para el cuidado de salud que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) **necesita** ahora pero no está recibiendo?

PROBE: Por favor no incluya artículos o servicios de las que ya hemos hablado.

| | | |
|-----------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to F70</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX
Created

F69. ¿Qué artículos son?

Do not read, code all that apply

| | |
|--|----|
| EDUCATION SERVICES SUCH AS TUTORING, BOOKS ON TAPE, SENSORY INTEGRATION..... | 01 |
| MEDICAL DEVICES SUCH AS WHEELCHAIRS, CANES, OR CRUTCHES | 02 |
| EYEGASSES | 03 |
| HEARING AID..... | 04 |
| HOSPITAL BED | 05 |
| OTHER (SPECIFY)↴ | 06 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
Created

F70. PROBE: Aparatos prostéticos incluyen cosas tales como brazos o piernas artificiales, válvulas artificiales para el corazón, o implantes en las orejas.

| | | |
|------------------|----|-------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Part G</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP, YA, YX
Created

F71. Pensando sólo de los últimos 12 meses, ¿cuánto pagó su familia, de su propio bolsillo, por equipo médico duradero o por aparatos?

\$_____00 AMOUNT PAID (0-99,999)

| | |
|----------------------|----|
| ENTIRE AMOUNT | 01 |
| AMOUNT PER WEEK..... | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
Created

F72. ¿Cuánto han pagado **en total** (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia de sus propio bolsillos por equipo médico duradero o aparatos para (FILL “ÉL/ELLA” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02)? Por favor dénos su mejor cálculo.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (0-99,999)

ENTIRE AMOUNT 01
AMOUNT PER WEEK..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

PART G. IMPACT ON FAMILY

CP, YP, YA, YX

G1. CHECK RTYPE: Is RTYPE. . .

NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01→ *Continue*
NAME HIM/HER SELF..... 02→ *Go to G28*
PROXY FOR NAME..... 03→ *Go to G28*

CP, YP
NSAF

G2. Ahora le quiero hacer algunas preguntas acerca de su vida diaria. Le voy a leer algunas frases que gente ha dicho acerca de sus situaciones de alimentos o comida.

La primera frase es: “Estábamos preocupados que los alimentos se nos iban a acabar antes de tener dinero para comprar más.”

¿Fue esto frecuentemente, a veces, o nunca cierto para su familia, en los últimos 12 meses?

OFTEN TRUE 01
SOMETIMES TRUE..... 02
NEVER TRUE..... 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

G3. “Los alimentos que compramos simplemente no alcanzaban, y no teníamos dinero para comprar más.”

¿Fue esto frecuentemente, a veces, o nunca cierto para su familia, en los últimos 12 meses?

OFTEN TRUE 01
SOMETIMES TRUE..... 02
NEVER TRUE..... 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

G4. En los últimos 12 meses, ¿Ud. u otros adultos en su familia redujeron el tamaño de sus comidas, o no comían comidas a veces, porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | } → Go to G6 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP
NSAF

G5. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto? ¿Ocurrió . . .

Read list, code only one

| | |
|---|----|
| Casi en todos los meses..... | 01 |
| En algunos meses, pero no en todos..... | 02 |
| Sólo en 1 ó 2 meses..... | 03 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP
NSAF

G6. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún tiempo cuando Ud. y su familia no pudieron pagar su hipoteca (mortgage), su alquiler o renta, o las cuentas de las utilidades?

| | | |
|-----------------|----|--------------|
| YES..... | 01 | } → Go to G8 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP
NSAF

G7. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto? ¿Ocurrió . . .

Read list, code only one

| | |
|---|----|
| Casi en todos los meses..... | 01 |
| En algunos meses, pero no en todos..... | 02 |
| Sólo en 1 ó 2 meses..... | 03 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP

G8. CHECK AGE: Is (NAME's) age. . .

<3..... 01 → *Go to G10*
3 - 7..... 02 → *Continue*
17+..... 01 → *Go to G10*

CP (age 3-7)

NSAF (scale modified)

G9. Le voy a leer una lista de cosas que a veces describen a los niños. Para cada cosa, por favor dígame si esto casi siempre fue cierto, a veces fue cierto, no fue frecuentemente cierto, o nunca fue cierto, en relación a (NAME), durante los últimos 12 meses.

a. (Él/Ella) no puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.
¿Es eso . . .

Almost always true..... 01
Sometimes true..... 02
Not often true..... 03
Never true..... 04
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

b. (Él/Ella) no se lleva bien con otros niños y niñas. ¿Es eso . . .

Almost always true..... 01
Sometimes true..... 02
Not often true..... 03
Never true..... 04
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

c. (Él/Ella) ha estado infeliz, triste, o deprimido(a). ¿Es eso . . .

Almost always true..... 01
Sometimes true..... 02
Not often true..... 03
Never true..... 04
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

d. (Él/Ella) tiene dificultades en dormir. ¿Es eso . . .

| | |
|--------------------------|----|
| Almost always true | 01 |
| Sometimes true | 02 |
| Not often true | 03 |
| Never true | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

e. (Él/Ella) miente o hace trampas (engaña). ¿Es eso . . .

| | |
|--------------------------|----|
| Almost always true | 01 |
| Sometimes true | 02 |
| Not often true | 03 |
| Never true | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

f. (ASK IF CHILD 5+)

A (él/ella) no le va bien en los estudios de la escuela. ¿Es eso . . .

| | |
|----------------------------|----|
| Almost always true | 01 |
| Sometimes true | 02 |
| Not often true | 03 |
| Never true | 04 |
| (NAME) not in school | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

g. (ASK IF CHILD 8+)

(Él/Ella) ha tenido problemas con la policia o con las cortes. ¿Es eso . .

| | |
|--------------------------|----|
| Almost always true | 01 |
| Sometimes true | 02 |
| Not often true | 03 |
| Never true | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

G10. Estas próximas preguntas son acerca de Ud. misma(o). ¿Cuánto del tiempo durante los últimos 12 meses Ud. ha:

- a. A sentido que (NAME) era mucho más difícil de cuidar que la mayoría de (FILL “LOS NINOS” IF AGE=<17; “LAS PERSONAS JÓVENES” IF AGE=17+)? ¿Diría Ud. que . . .

Todo el tiempo?..... 01
La mayoría del tiempo?..... 02
Algo del tiempo? 03
Nunca?..... 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

- b. A sentido que (NAME) hace cosas que realmente (la/lo) molestan a Ud. mucho? ¿Diría Ud. que . . .

Todo el tiempo 01
La mayoría del tiempo..... 02
Algo del tiempo 03
Nunca..... 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

- c. A sentido que Ud. estaba dando de su propia vida mucho más de lo que esperaba, para poder satisfacer las necesidades de (NAME)? ¿Diría Ud. que

Todo el tiempo 01
La mayoría del tiempo..... 02
Algo del tiempo 03
Nunca?..... 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

- d. Estado enojada(o) con (NAME)? ¿Diría Ud. que . . .

Todo el tiempo 01
La mayoría del tiempo..... 02
Algo del tiempo 03
Nunca..... 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

G11. CHECK AGE: Is (NAME'S) age. . .

<17 01 → Go to G17
17+ 02 → Continue

YP

G12. CHECK A9,A10 and A87B=05 or 09: Is (NAME) living at school?

YES..... 01→ Go to G17
NO..... 00→ Continue

YP (17+, not living at school)

Created

G13. ¿Contribuye (NAME) cualquier dinero a su hogar para su comida y alojamiento, o para su atención médica? Esto podría ser dinero que (NAME) gana en algún empleo, o que recibe del gobierno.

YES..... 01
NO..... 00→ Go to G15
DON'T KNOW..... d→ Go to G15
REFUSED..... r→ Go to G15

YP (17+, not living at school)

Created

G14. ¿Más o menos cuánto dinero contribuyó (NAME) el mes pasado?

\$_____00 AMOUNT CONTRIBUTED (\$1-\$2000)
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP (17+, not living at school)

Created

G15. Antes de que (NAME) cumpla 25 años de edad, ¿cuán probable es que (él/ella) pueda vivir independientemente? Por eso, quiero decir no con Ud. y su familia.
¿Diría Ud. que . . .

Es muy probable 01
Es algo probable 02
No es muy probable..... 03
No es en nada probable..... 04
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YP(17+, not living at school)
Created

G16. Hay muchas razones por las cuales (NAME) quizás está viviendo en casa con usted, ahora. ¿Está (NAME) viviendo con Ud. porque . . .

Read list, code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. (Él/Ella) no puede permitirse los costos de vivir independientemente?..... | 01 | 00 | d | r |
| B. (Él/Ella) necesita la ayuda de su familia por una condición médica, o por un problema de salud? | 01 | 00 | d | r |
| C. (Él/Ella) es necesitado(a) en el hogar para cuidar a otros miembros de la familia? | 01 | 00 | d | r |
| D. (Él/Ella) no se siente cómodo(a) viviendo independientemente ahora?..... | 01 | 00 | d | r |
| E. d. no se siente cómodo(a) con (él/ella) viviendo independientemente ahora?..... | 01 | 00 | d | r |
| F. (Él/Ella) está tratando de ahorrar dinero?... | 01 | 00 | d | r |
| G. (Él/Ella) prefiere vivir con su familia?..... | 01 | 00 | d | r |
| H. Alguna otra razón? (SPECIFY) | 01 | 00 | d | r |

G17. CHECK: Does B2=01, 02: Is there a spouse or partner of the respondent's living in the household?

YES..... 01→ *Continue*
NO..... 00→ *Go to G19*

CP, YP (living with spouse/partner)
Created

G18. Estas próximas preguntas son acerca de su hogar. En comparación con otras familias que Ud. conoce, ¿le parece a Ud. que Ud. y su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) tienen más conflictos y peleas, más o menos lo mismo, o menos?

MORE 01
SAME 02
LESS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP

G19. CHECK IF A42D_2-A42D_14=08, 11 OR 12 or A91D_2-A91D_14=08, 11 OR 12:
Is there more than one child present in the household?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00 → *Go to G21*

CP, YP (with more than 1 child in household)

Created

G20. En comparación con otras familias que Ud. conoce, ¿le parece que los niños y niñas en su hogar tienen más conflictos y peleas, más o menos lo mismo, o menos?

MORE 01
SAME 02
LESS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created

G21. Ahora quiero que piense en los últimos (FILL NUMBER OF YEARS SINCE 1996) años, desde 1996, (FILL "CUANDO (NAME) TENÍA ALREDEDOR DE (INSERT NAME'S AGE IN 1996)"; IF NOT BORN IN 1996 THEN BLANK), hasta el presente. ¿Desde 1996, hizo Ud. o algún miembro de su hogar cualquiera de las siguientes cosas, aunque fuera por un tiempo corto?

Repeat question stem for each item, code yes or no for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Se mudaron a vivir con alguien para ahorrar dinero o para reducir costos de vivienda | 01 | 00 | d | r |
| B. Añadieron a un inquilino, huésped o "roommate" a su hogar | 01 | 00 | d | r |
| C. Compró menos de las cosas para el cuidado de (NAME's)..... | 01 | 00 | d | r |
| D. Compró menos de otros artículos para el hogar y redujo otros gastos | 01 | 00 | d | r |
| E. Contrató deudas, o aumentó sus deudas para poder pagar por el cuidado de (NAME)..... | 01 | 00 | d | r |

YP

G22. ¿Desde 1996, hizo Ud. o algún miembro de su hogar, (FILL IF AGE=14+ "SIN CONTAR A (NAME)"; ELSE BLANK) cualquiera de las siguientes cosas ...

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Consiguió un empleo, un segundo empleo o un empleo que paga más | 01 | 00 | d | r |
| B. Entró a un programa de entrenamiento de empleo o volvió a los estudios..... | 01 | 00 | d | r |

CP, YP
MPR

G23. Desde 1996, ¿vivieron en algún momento Ud. y su familia en un refugio de emergencia, o en un asilo de violencia doméstica (shelter)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

G24. Desde 1996, ¿estuvieron Ud. y su familia desamparados o “sin techo” (homeless), o viviendo en las calles?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
MPR

G25. Desde 1996, ¿en algún momento recibieron Ud. y su familia ayuda de un almacén de distribución de alimentos (food pantry), un “soup kitchen”, un centro comunitario, o una iglesia? (IF YES) ¿De cuáles?

Code all that apply

FOOD PANTRY 01
SOUP KITCHEN 02
COMMUNITY CENTER 03
CHURCH 04
OTHER (SPECIFY) ▾..... 05

NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
MPR

G26. Las próximas preguntas son acerca de su nivel de vida (standard of living); o sea de su comida, vivienda, servicios médicos, diversiones, y cosas de ese tipo. ¿Cómo clasificaría a su nivel de vida actual? ¿Diría que es .

Read list, code only one

| | |
|------------------|----|
| Muy buena | 01 |
| Buena..... | 02 |
| Regular | 03 |
| Pobre | 04 |
| Muy pobre | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
MPR

G27. ¿Cómo haría la comparación de su nivel de vida ahora, con su nivel de vida en 1996, (FILL "CUANDO (NAME) TENÍA ALREDEDOR DE (INSERT NAME'S AGE IN 1996)"; IF NOT BORN IN 1996 THEN BLANK)? ¿Diría que ahora es . . .

Read list, code only one

| | |
|-------------------|----|
| Mucho mejor | 01 |
| Algo mejor..... | 02 |
| Lo mismo | 03 |
| Algo peor, o..... | 04 |
| Mucho peor | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

**IF AGE <17, GO TO PART H;
ELSE GO TO G43**

YA, YX

G28. CHECK A87B=4 or 8: Is (NAME) living in a nursing or convalescent home, or a supervised group residence?

| | |
|----------|--------------|
| YES..... | 01→Go to G36 |
| NO..... | 03→Continue |

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G29. Ahora le quiero hacer algunas preguntas acerca de (FILL "SU" IF RTYPE=02; "LA" IF RTYPE=03) vida diaria (FILL "DE (NAME)" IF RTYPE=03; ELSE BLANK). Le voy a leer algunas frases que gente ha dicho acerca de sus situaciones de alimentos o comida.

La primera frase es: "Yo estaba preocupado(a) que los alimentos se me iban a acabar antes de tener dinero para comprar más."

¿Fue esta frase frecuentemente cierta, a veces fue cierta, o nunca fue cierta en relación a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03), durante los últimos 12 meses?

| | |
|----------------------|----|
| OFTEN TRUE | 01 |
| SOMETIMES TRUE | 02 |
| NEVER TRUE | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G30. "Los alimentos que yo compré simplemente no alcanzaban, y yo no tenía dinero para comprar más."

¿Fue esto frecuentemente, a veces, o nunca cierto para (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) y su familia, en los últimos 12 meses?

| | |
|----------------------|----|
| OFTEN TRUE | 01 |
| SOMETIMES TRUE | 02 |
| NEVER TRUE | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G31. En los últimos 12 meses, ¿redujo (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) el tamaño de sus comidas, o no comía comidas a veces, porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

| | |
|------------------|----|
| YES | 01 |
| NO | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

} → Go to G33

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G32. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto? ¿Ocurrió . . .

Read list, code only one

| | |
|---|----|
| Casi en todos los meses | 01 |
| En algunos meses, pero no en todos..... | 02 |
| Sólo en 1 ó 2 meses | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G33. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún tiempo cuando (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) no (pudo/pudieron) pagar (FILL "SU" IF RTYPE=02; "LA" IF RTYPE=03) hipoteca (mortgage), alquiler o renta, o las cuentas de las utilidades (FILL "DE NAME" IF RTYPE=03)?

| | | |
|---------------------|----|----------------|
| YES..... | 01 | } => Go to G35 |
| NO..... | 00 | |
| NOT APPLICABLE..... | n | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

YA, YX (not in nursing/group home)
NSAF

G34. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto? ¿Ocurrió . . .

Read list, code only one

| | |
|---|----|
| Casi en todos los meses | 01 |
| En algunos meses, pero no en todos..... | 02 |
| Sólo en 1 ó 2 meses | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX (not in nursing/group home)

Created

G35. Ahora quiero que piense en los últimos (FILL NUMBER OF YEARS SINCE 1996) años, desde 1996, cuando (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) tenía alrededor de (INSERT NAME's AGE in 1996) años, hasta el presente. ¿Desde 1996, hizo (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) cualquiera de las siguientes cosas, aunque fuera por un tiempo corto?

Repeat question stem for each item, code yes or no for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Se mudó a vivir con alguien para ahorrar dinero o para reducir costos de vivienda..... | 01 | 00 | d | r |
| B. Añadió a un inquilino, huésped o "roommate" a su hogar | 01 | 00 | d | r |
| C. Compró menos de las cosas para (FILL "SU" IF RTYPE=02; "EL" IF RTYPE=03) cuidado (FILL "DE (NAME)" IF RTYPE=03; ELSE BLANK" | 01 | 00 | d | r |
| D. Compró menos de otros artículos para el hogar y redujo otros gastos | 01 | 00 | d | r |
| E. Contrató deudas, o aumentó sus deudas para poder pagar por su cuidado | 01 | 00 | d | r |

YA, YX

MPR

G36. (IF G28=01 FILL "AHORA LE QUIERO HACER ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE SU VIDA DIARIA", ELSE BLANK).

Desde 1996, ¿en cualquier momento vivió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) en un refugio o asilo de emergencia o en un refugio de violencia doméstica ("shelter")?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX
MPR

G37. Desde 1996, ¿estuvo en algún momento (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) desamparado(a) o “sin techo” (homeless), o viviendo en las calles?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX
MPR

G38. Desde 1996, ¿en algún momento recibió (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) ayuda de un almacén de distribución de alimentos (food pantry), un “soup kitchen”, un centro comunitario, o una iglesia? (IF YES) ¿De cuáles?

Code all that apply

FOOD PANTRY 01
SOUP KITCHEN 02
COMMUNITY CENTER 03
CHURCH 04
OTHER (SPECIFY)↴ 05

NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX
MPR

G39. Las próximas preguntas son acerca (FILL “DE SU” IF RTYPE=02; “DEL” IF RTYPE=03) nivel de vida (standard of living) (FILL “DE (NAME)” IF RTYPE=03); o sea de su comida, vivienda, servicios médicos, diversiones, y cosas de ese tipo. ¿Cómo clasificaría a su nivel de vida actual? ¿Diría que es

Read list, code only one

Muy buena 01
Buena..... 02
Regular 03
Pobre 04
Muy pobre 05
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX
MPR

G40. ¿Cómo haría la comparación (FILL “DE SU” IF RTYPE=02; “DEL” IF RTYPE=03) nivel de vida (FILL “DE (NAME)” IF RTYPE=03) ahora, con su nivel de vida en 1996, cuando (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) tenía alrededor de los (INSERT NAME’S AGE IN 1996) años? ¿Diría que ahora es . . .

Read list, code only one

Mucho mejor 01
Algo mejor 02
Lo mismo 03
Algo peor, o 04
Mucho peor 05
DON’T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
Created

G41. En el mes pasado, ¿recibió (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) asistencia económica de miembros de su familia que no vivían con (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “EL/ELLA” IF RTYPE=03)? Por ejemplo, para pagar por cuentas médicas u otros gastos de vida? No incluya dinero recibido para pagar por estudios.

YES 01
NO 00 → Go to G43
DON’T KNOW d → Go to G43
REFUSED r → Go to G43

YA, YX
Created

G42. En el mes pasado, ¿más o menos cuánta asistencia económica recibió (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) de miembros de su familia?

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED
DON’T KNOW d
REFUSED r

YA, YP, YX
NSAF (scale modified)

G43. Le voy a leer una lista de cosas que a veces describen a personas jóvenes. Para cada cosa, por favor dígame si esto casi siempre fue cierto, a veces fue cierto, no fue frecuentemente cierto, o nunca fue cierto, en relación a (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02), durante los últimos 12 meses.

a. (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) tiene problemas para dormir. ¿Es eso . . .

| | |
|-------------------------------|----|
| Casi siempre cierto | 01 |
| A veces cierto..... | 02 |
| No frecuentemente cierto..... | 03 |
| Nunca cierto..... | 04 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

b. (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) no puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo. ¿Es eso . . .

| | |
|-------------------------------|----|
| Casi siempre cierto | 01 |
| A veces cierto..... | 02 |
| No frecuentemente cierto..... | 03 |
| Nunca cierto..... | 04 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

c. (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) tiene problemas en llevarse bien con otra gente. ¿Es eso . . .

| | |
|-------------------------------|----|
| Casi siempre cierto | 01 |
| A veces cierto..... | 02 |
| No frecuentemente cierto..... | 03 |
| Nunca cierto..... | 04 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

**IF RTYPE=01 GO TO G48;
ELSE CONTINUE**

YA, YX

G44. CHECK A42_1-A42_14=10 or A91_1-A91_14=10: Is (NAME) living with (HIS/HER) spouse?

| | |
|----------|-----------------------|
| YES..... | 01 → <i>Continue</i> |
| NO..... | 00 → <i>Go to G46</i> |

YA, YX (living with spouse)
Created

G45. Estas próximas preguntas son acerca de su hogar. En comparación con otras familias que Ud. conoce, ¿le parece a Ud. que (FILL "UD." IF RTYPE=02 ; "NAME" IF RTYPE=03) y su esposo(a) tienen más conflictos y peleas, más o menos lo mismo, o menos?

MORE 01
SAME 02
LESS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX

G46. CHECK IF MORE THAN 1 A42_1-A42_14=11 or A91D_2-A91D_14=11: Does NAME have more than one of (HIS/HER) own children living with (HIM/HER)?

YES 01 → *Continue*
NO 00 → *Go to G48*

YA, YX (living with more than 1 of own children)
Created

G47. En comparación con otras familias que Ud. conoce, ¿le parece que los niños y niñas en ("SU HOGAR" IF RTYPE=02 ; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03) tienen más conflictos y peleas, más o menos lo mismo, o menos?

MORE 01
SAME 02
LESS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback (modified)

G48. Estas siguientes preguntas son acerca de varias actividades en las cuales (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) quizás ha participado. Durante las últimas dos semanas, ¿se reunió (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) con amistades, familia o vecinos? No incluya a personas que viven con (FILL "ÉL/ELLA" RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02).

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback (modified)

G49. Durante las últimas dos semanas, ¿habló (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) por teléfono con amistades o familia?

YES..... 01
NO..... 02
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback

G50. Durante las últimas dos semanas, ¿fue (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) al cine o a un espectáculo, un evento deportivo, una reunión de un club, una clase, u otro evento de grupo?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback

G51. ¿Cuántos días en las últimas dos semanas dejó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) su hogar, por cualquier razón?

____|____| DAYS (0-14)

EVERY DAY..... 14
NONE..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback

G52. En relación a sus actividades sociales actuales, ¿piensa (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) que (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) está haciendo suficiente, demasiado, o quisiera (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) estar haciendo más?

ABOUT ENOUGH..... 01
TOO MUCH..... 02
WANT MORE..... 03
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YP, YX
NHIS-D Adult Followback

G53. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) triste o deprimido(a)? ¿Diría (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) que (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) estuvo triste o deprimido(a) . . .

Read list, code only one

| | |
|--------------------------|----|
| Todo el tiempo | 01 |
| Algo del tiempo | 02 |
| Un poco del tiempo | 03 |
| Nunca..... | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YP, YX
MPR

G54. ¿Alguna vez ha sido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) arrestado(a) o acusado(a) de un crimen o con una violación de libertad condicional (parole)?

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

PART H. SSI EXPERIENCE

CP, YP, YA, YX

H1. CHECK RTYPE: Is RTYPE....

- NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01→ *Continue*
- NAME HIM/HER SELF..... 02→ *Go to H19*
- PROXY FOR NAME..... 03→ *Go to H19*

CP, YP

H2. CHECK AGE: Is (NAME)'s age.....

- <17 01 → *Continue*
- 17+ 02 → *Go to H19*

CP
Created

H3. Ahora le quiero preguntar acerca de cualquier experiencia que Ud. y (NAME) quizás tuvieron con el programa de SSI (Supplemental Security Income, o Seguridad de Ingreso Suplementario), que es administrado por el Social Security Administration (Administración de Seguro Social).

Como Ud. quizás sabe, SSI proporciona pagos mensuales para niños con incapacidades, en familias con recursos e ingresos limitados.

¿Alguna vez ha recibido su hogar beneficio de SSI para (NAME)?

- YES..... 01→ *Go to H6*
- NO..... 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP

H4. CHECK: Does answer to H3 agree with preloaded information?

- YES..... 01→ *Go to Part I*
- NO..... 00→ *Continue*

CP (answer different from SSA information)
Created

H5. Nuestros registros muestran que (NAME) estaba recibiendo beneficios en (INSERT MONTH AND YEAR OF LAST RECEIPT FROM PRELOADED INFORMATION). Según lo que Ud. sabe, ¿es eso correcto?

- YES..... 01→ *Continue*
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → *Go to Part I*

CP (has received SSI)
Created

H6. ¿Recibió Ud. beneficio de SSI para (NAME) en (LAST MONTH, THIS YEAR)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ Go to H8

CP (is now receiving SSI)
Created

H7. ¿Cuál será la suma del beneficio de SSI que Ud. recibió para (NAME) en (LAST MONTH, THIS YEAR)?

\$_____00 AMOUNT (10-2,000)
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP (has received SSI)
Created

H8. Desde enero de 1996, o sea, desde que (NAME) tenía alrededor de (INSERT NAME'S AGE IN 1996) años ¿hubo algún tiempo en el cual Ud. dejó de recibir beneficios de SSI para (NAME), por más de un mes?

IF NAME NOT BORN IN 1996 USE ALTERNATIVE WORDING: ¿Hubo algún tiempo en el cual Ud. dejó de recibir beneficios de SSI para (NAME), por más de un mes?

YES..... 01 → Go to H11
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP (has received SSI)
Created

H9. CHECK: Does answer to H8 agree with preloaded information?

YES..... 01 → Go to H43
NO..... 00 → Continue

CP (has received SSI)
Created

H10. Nuestros registros muestran que (NAME) dejó de recibir beneficios en (INSERT MONTH AND YEAR FROM PRELOADED INFORMATION), por más de un mes. Según lo que Ud. sabe, ¿Es esto correcto?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → Go to H43 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |
| | | |

CP (has lost SSI)
Created

H11. ¿Por qué perdió Ud. beneficios de SSI para (NAME) cuando ocurrió esto?

PROBE IF MORE THAN ONE TIME: La última vez que esto ocurrió.

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS "INELIGIBLE" PROBE FOR MORE DETAIL.

Code all that apply

| | | |
|--|----------|---------------|
| GOT A JOB..... | 01 | |
| INCOME TOO HIGH..... | 02 | |
| ASSETS TOO HIGH..... | 03 | |
| (NAME) DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE..... | 04 | } → Go to H43 |
| DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES..... | 05 | |
| MARRIED/REMARRIED..... | 06 | |
| MOVED IN WITH FAMILY/OTHER PERSON... OTHER (SPECIFY) ↓..... | 07 08 | |
| <hr/> | | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP (has lost SSI)
Created

H12. ¿Apeló Ud. la decisión?

| | | |
|-----------------|----|-------------|
| YES..... | 01 | → Go to H15 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | → Go to H16 |
| REFUSED..... | r | → Go to H16 |

CP (has lost SSI)
Created

H13. ¿Por qué no apeló la decisión?

Code all that apply

| | |
|---|----|
| DID NOT WANT TO..... | 01 |
| DID NOT KNOW HOW | 02 |
| DID NOT KNOW COULD APPEAL..... | 03 |
| COULD NOT AFFORD A LAWYER..... | 04 |
| DID NOT HAVE A STRONG CASE | 05 |
| WORRIED WE WOULD HAVE TO REPAY SSA FOR BENEFITS RECEIVED WHILE CASE WAS UNDER APPEAL..... | 06 |
| THOUGHT WE WOULD NOT WIN..... | 07 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (has lost SSI)
Created

H14. ¿Consultó Ud. con un abogado o un grupo de ayuda legal para tomar la decisión de no apelar?

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

GO TO H16

CP (has lost SSI)
Created

H15. ¿Usó Ud. la asistencia de un abogado o de un grupo de ayuda legal durante el proceso de la apelación?

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP (has lost SSI)
Created

H16. ¿Qué cambios hizo su hogar cuando su familia perdió los beneficios de SSI para (NAME), si los hubo?

Record verbatim

PROBE: ¿Qué hubo para arreglárselas?

| | |
|-------------------|----|
| YES, SPECIFY..... | 01 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP (has lost SSI)
Created

H17. Cuando Ud. dejó de recibir beneficios de SSI lo más recientemente, ¿Dejó Ud. de recibir beneficios de Medicaid o beneficios de (INSERT MEDICAID STATE NAME) para (NAME) al mismo tiempo?

| | |
|------------------------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| NEVER HAD MEDICAID FOR (NAME)..... | 03 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

} → *Go to H43*

CP (has lost SSI)
Created

H18. ¿Perdió Ud. los beneficios de Medicaid o de (INSERT MEDICAID STATE NAME) por 3 meses o más; o por menos de 3 meses?

| | |
|-------------------------|----|
| 3 MONTHS OR MORE..... | 01 |
| LESS THAN 3 MONTHS..... | 02 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

GO TO H43

YP, YA, YX
Created

H19. Ahora le quiero preguntar acerca de cualquier experiencia que (FILL "NAME Y SU FAMILIA QUIZAS TUVIERON" IF RTYPE=01; "UD. QUIZAS TUVO" IF RTYPE=02; "NAME QUIZAS TUVO" IF RTYPE=03) con el programa de SSI (Supplemental Security Income, o Seguridad de Ingreso Suplementario), que es administrado por el Social Security Administration (Administración de Seguro Social).

Como Ud. quizás sabe, SSI proporciona pagos mensuales para personas con recursos e ingresos limitados que tienen 65 años o más, son ciegas o tienen incapacidades. Niños ciegos o incapacitados, como adultos, pueden recibir SSI.

¿Alguna vez ha recibido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un beneficio de SSI, en su niñez o cómo adulto(a)?

YES..... 01 → *Go to H22*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX

H20. CHECK: Does answer to H19 agree with preloaded information?

YES..... 01 → *Go to Part I*
NO..... 00 → *Continue*

YP, YA, YX (answer different from SSA information)
Created

H21. Nuestros registros muestran que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) estaba recibiendo beneficios en (INSERT MONTH AND YEAR OF LAST RECEIPT FROM PRELOADED INFORMATION). Según lo que Ud. sabe ¿Es esto correcto?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → *Go to Part I*

YP, YA, YX (has received SSI)
Created

H22. ¿Recibió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un beneficio de SSI en (LAST MONTH, THIS YEAR)?

| | | | |
|-----------------|----|------------|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue | |
| NO..... | 00 | | } → Go to H24 |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |
| | | | |

YP, YA, YX (is now receiving SSI)
Created

H23. ¿Cuál era la suma del beneficio de SSI que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió en (LAST MONTH, THIS YEAR)?

\$_____ .00 AMOUNT (1-2000)

| | |
|-----------------|---|
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YP, YA, YX

H24. CHECK AGE: Is (NAME'S) age....

| | | |
|----------|----|-------------|
| 18+..... | 01 | → Continue |
| <18..... | 02 | → Go to H32 |

YP, YA, YX (age 18+, has received SSI)

H25. ¿Estaba (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibiendo beneficios de SSI al cumplir los 18 años?

| | | | |
|-----------------|----|------------|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue | |
| NO..... | 00 | | } → Go to H32 |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |
| | | | |

YP, YA, YX (age 18+, receiving SSI at 18TH birthday)
Created

H26. Alrededor del tiempo que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cumplió los 18 años, ¿fue su elegibilidad para SSI redeterminada por la Administración de Seguro Social (Social Security Administration), usando las reglas para adultos?

| | | | |
|------------------------------|----|------------|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue | |
| NO..... | 00 | | } → Go to H32 |
| REDETERMINATION PENDING..... | 03 | | |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |
| | | | |

YP, YA, YX (age 18+, redetermined for SSI)
Created

H27. Ha tomado Social Security una decisión final acerca de (FILL "LA ELEGIBILIDAD DE (NAME)" IF RTYPE=01, 03; "SU ELEGIBILIDAD" IF RTYPE=02)?

PROBE: Por decisión final, quiero decir si SSA le notificó que (FILL "LOS BENEFICIOS DE (NAME)" IF RTYPE=01, 03; "SUS BENEFICIOS" IF RTYPE=02) continuarían o serían parados, y, decidió no apelar o completó todas sus apelaciones.

| | | | |
|-----------------|----|---|-------------|
| YES..... | 01 | → | Continue |
| NO..... | 00 | } | → Go to H29 |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |

YP, YA, YX (age 18+, redetermined for SSI)
Created

H28. ¿Cuál fue esa decisión? ¿(FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)...

| | | | |
|---|----|---|-----------|
| Continuó recibiendo beneficios de SSI | 01 | → | Go to H43 |
| Dejó de recibir beneficios de SSI | 02 | → | Go to H31 |
| DON'T KNOW..... | d | → | Go to H43 |
| REFUSED..... | r | → | Go to H43 |

YP, YA, YX (age 18+, redetermined for SSI)
Created

H29. ¿Está la decisión final pendiente, o está siendo apelada?

| | | | |
|--------------------|----|---|-----------|
| PENDING..... | 01 | → | Go to H43 |
| UNDER APPEAL | 02 | → | Continue |
| DON'T KNOW..... | d | → | Go to H43 |
| REFUSED..... | r | → | Go to H43 |

YP, YA, YX (age 18+, redetermined for SSI)
Created

H30. Según lo que Ud. sabe, ¿por qué tomó SSA la decisión inicial de parar los beneficios de SSI para (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

Code all that apply

INCOME TOO HIGH 01
ASSETS TOO HIGH 02
DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE..... 03
DETERMINED ABLE TO WORK/ENGAGE
IN SUBSTANTIAL GAINFUL ACTIVITY 04
DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES 05
(NAME) MARRIED/REARRIED 06
(NAME) NOT IN SCHOOL/JOB TRAINING 07
OTHER (SPECIFY) √ 08

DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO H39

YP, YA, YX (age 18+, redetermined for SSI)
Created

H31. Según lo que Ud. sabe, ¿por qué dejó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) de recibir beneficios de SSI?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS "INELIGIBLE" PROBE FOR MORE
DETAIL.

Code all that apply

INCOME TOO HIGH 01
ASSETS TOO HIGH 02
DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE..... 03
DETERMINED ABLE TO WORK/ENGAGE
IN SUBSTANTIAL GAINFUL ACTIVITY 04
DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES 05
(NAME) MARRIED/REARRIED 06
(NAME) NOT IN SCHOOL/JOB TRAINING 07
OTHER (SPECIFY) √ 08

DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO H36

YP, YA, YX
Created

H32. Desde enero de 1996, o sea, desde que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) tenía alrededor de (INSERT NAME'S AGE IN 1996) años, ¿hubo algún tiempo en el cual (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) dejó de recibir beneficios de SSI por más de un mes?

YES..... 01 → *Go to H35*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX
Created

H33. CHECK: Does answer to H32 agree with preloaded information?

YES..... 01 → *Go to H43*
NO..... 00 → *Continue*

YP, YA, YX (answer different from SSA information)
Created

H34. Nuestros registros muestran que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) paró de recibir beneficios en (INSERT MONTH AND YEAR FROM PRELOADED INFORMATION), por un mes o más. Según lo que Ud. sabe, ¿es eso correcto?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to H43*

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H35. ¿Por qué perdió (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) beneficios de SSI cuando esto ocurrió?

PROBE: Quiero decir última vez que esto ocurrió/cuando ocurrió?

INTERVIEWER: IF RESPONDENT SAYS "INELIGIBLE" PROBE FOR MORE
DETAIL.

Code all that apply

| | |
|---|----|
| PARENT'S INCOME TOO HIGH | 01 |
| PARENT'S ASSETS TOO HIGH..... | 02 |
| (NAME'S) INCOME TOO HIGH | 03 |
| (NAME'S) ASSETS TOO HIGH | 04 |
| (NAME) DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE | 05 |
| DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES..... | 06 |
| MARRIED/REARRIED..... | 07 |
| MOVED IN WITH FAMILY/OTHER PERSON... | 08 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 09 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H36. ¿Apeló (FILL "NAME O SU FAMILIA" IF RTYPE=01; "UD." IF RTYPE=02; NAME IF RTYPE=03) de esa decisión?

| | |
|------------------|----------------|
| YES..... | 01 → Go to H39 |
| NO..... | 00 → Continue |
| DON'T KNOW | d → Go to H40 |
| REFUSED | r → Go to H40 |

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H37. ¿Por qué no apeló (FILL “NAME O SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) la decisión?

Code all that apply

- DID NOT WANT TO..... 01
 - DID NOT KNOW HOW 02→ *Go to H40*
 - DID NOT KNOW COULD APPEAL..... 03→ *Go to H40*
 - COULD NOT AFFORD A LAWYER..... 04
 - DID NOT HAVE A STRONG CASE 05
 - WORRIED WE WOULD HAVE TO REPAY
SSA FOR BENEFITS RECEIVED WHILE
CASE WAS UNDER APPEAL..... 06
 - THOUGHT WE WOULD NOT WIN..... 07
 - OTHER (SPECIFY) ↓..... 08
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

YP, YA, YX (has lost SSI)

H38. ¿Consultó (FILL “NAME O SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02; NAME IF RTYPE=03) con un abogado o un grupo de ayuda legal para tomar la decisión de no apelar?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

GO TO H40

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H39. ¿Usó (FILL “NAME O SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) la asistencia de un abogado o de un grupo de ayuda legal durante el proceso de apelación?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H40. ¿Qué cambios hizo (FILL “SU HOGAR” IF RTYPE=01 “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) cuando perdió (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02, “EL/ELLA » IF RTYPE=03) sus beneficios de SSI, si los hizo?

Record verbatim

PROBE: ¿Qué hizo para arreglárselas??

YES, SPECIFY..... 01
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H41. Cuando (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) dejó de recibir beneficios de SSI lo más recientemente, ¿dejó (FILL “ÉL/ELLA” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) de recibir beneficios de Medicaid o beneficios de (INSERT MEDICAID STATE NAME) a la mismo vez?

YES..... 01
NO..... 00
(NAME) NEVER HAD MEDICAID 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → *Go to H43*

YP, YA, YX (has lost SSI)
Created

H42. ¿Perdió (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) los beneficios de Medicaid o de (INSERT MEDICAID STATE NAME) por 3 meses o más, o por menos de 3 meses?

3 MONTHS OR MORE 01
LESS THAN 3 MONTHS..... 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

H43A. CHECK H6 or H22: Was (NAME) receiving an SSI benefit in (LAST MONTH)?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00 → *Go to Part I*

CP, YP, YA, YX (is now receiving SSI)

Created

H43B. CHECK AGE: Is (NAME'S) age...

14+ 01 → *Continue*
<14 00 → *Go to H54*

CP, YP, YA, YX (age 14+, is now receiving SSI)

Created

H44. La Social Security Administration tiene un número de incentivos de trabajo para recipientes de SSI. Alguno pueden ayudar a una persona con alguna incapacidad, a trabajar. Otros permiten a personas incapacitadas a quedarse con dinero en efectivo o beneficios de Medicaid después de ir a trabajar, hasta que puedan mantenerse por sí mismos. ¿Alguna vez ha escuchado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) de estos incentivos de trabajo, o los ha discutido con un representante del Social Security?

YES 01 → *Continue*
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to H54*

H45. DELETED

H46. ¿De cuáles de los siguientes programas de incentivos ha (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) oído hablar? ¿Ha oído hablar (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) de ...

Read list, Code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| <p>A. Un “Plan de Ayuda a Si Solo” o PASS (plan for achieving self-support)?</p> <p>PROBE: Un plan de PASS puede ayudar a personas con incapacidades volver a trabajar, permitiéndoles guardar dinero o recursos para ayudarles a lograr una meta de trabajo. Los ingresos que la gente guarda para un plan de PASS no reduce la suma de su beneficio de SSI.</p> | 01 | 00 | d | r |
| <p>B. Una cuenta de desarrollo individual o IDA (individual development account)?</p> <p>PROBE: Una IDA es una cuenta de banco especial que ayuda a personas con incapacidades a ahorrar para su educación, la compra de su primer hogar, o para empezar un negocio.</p> | 01 | 00 | d | r |
| <p>C. La exclusión general de ingresos ganados?</p> <p>PROBE: Con esta exclusión, los primeros \$65 de ganancias y la mitad de ganancias mas altas de \$65 no son contados cuando la SSA calcula la suma del beneficio de SSI para la persona.</p> | 01 | 00 | d | r |

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| <p>D. La exclusión de ingresos ganados de estudiantes?</p> <p>PROBE: Personas menores de 22 que reciben SSI y asisten a una institución de estudios o escuela, pueden excluir hasta \$400 de ingresos ganados por mes, cuando la SSA calcula la suma de su beneficio de SSI.</p> | 01 | 00 | d | r |
| <p>E. La exclusión de “Propiedad Esencial para mantenerse a Si Solo” o PESS (property essential to self-support)?</p> <p>PROBE: Según esta exclusión, una porción del valor de las herramientas, aparatos, u otra propiedad que personas necesitan para trabajar es excluída cuando la SSA calcula la suma de su beneficio de SSI.</p> | 01 | 00 | d | r |

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| <p>F. Las exclusiones por incapacidades relacionadas al trabajo o IRWE (impairment-related work expenses) y gastos de trabajo de ciegos o BWE (blind work expenses)?</p> <p>PROBE: Según estas exclusiones, la SSA puede deducir el costo de ciertos artículos relacionados a incapacidades, cuando calculan la suma del beneficio de SSI de la persona.</p> | 01 | 00 | d | r |
| <p>G. Elegibilidad continuada de Medicaid, después del fin de los beneficios de SSI?</p> <p>PROBE: Según este plan, personas pueden quedarse con cobertura de Medicaid hasta que sus ingresos lleguen a cierto nivel, aunque hayan parado los beneficios de SSI.</p> | 01 | 00 | d | r |

CP, YP, YA, YX (age 14+, is now receiving SSI)
Created

H47. ¿Alguna vez ha usado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)
cualquiera de estos incentivos de trabajo?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue |
| NO..... | 00 | } → Go to H54 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)
Created

H48. ¿Cuáles?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| PLAN FOR ACHIEVING SELF-SUPPORT, OR PASS..... | 01 |
| AN INDIVIDUAL DEVELOPMENT ACCOUNT, OR IDA..... | 02 |
| THE GENERAL EARNED-INCOME EXCLUSION..... | 03 |
| THE STUDENT EARNED-INCOME EXCLUSION..... | 04 |
| THE EXCLUSION FOR PROPERTY ESSENTIAL FOR SELF SUPPORT (PESS)..... | 05 |
| THE EXCLUSIONS FOR IMPAIRMENT- RELATED WORK EXPENSES (IWRE) OR BLIND WORK EXPENSES (BWE)..... | 06 |
| CONTINUED ELIGIBILITY FOR MEDICAID AFTER CASH BENEFITS END..... | 07 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)

H49. CHECK H48: Ever used IDA (H48=02)?

| | |
|----------|----------------|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 → Go to H52 |

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)

Created

H50. ¿Más o menos cuánto ahorra (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cada mes, en su cuenta de IDA (cuenta de desarrollo individual)?

\$|_|_|,|_|_|_|_| DOLLARS (1-5000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)

Created

H51. ¿Cómo piensa (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) usar el dinero? ¿Sería eso para . .

Read list, code all that apply

Gastos de estudios o escuela 01

Comprar un hogar 02

Abrir un negocio, o 03

Alguna otra cosa (SPECIFY)↴ 04

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)

H52. CHECK: Is PASS checked "yes" in H46A?

YES 01

NO 00 → Go to H54

CP, YP, YA, YX (age 14+, using work incentives)

Created

H53. ¿Cuál es la suma de dólares de los gastos que Social Security aprobó para (FILL "EL PLAN DE PASS DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "SU PLAN DE PASS" IF RTYPE=02)?

\$|_|_|,|_|_|_|_| DOLLARS (1-5000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP, YA, YX (receiving SSI)
Created

H54. Ahora me gustaría hacerle hacer unas preguntas acerca de cómo usa (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) su beneficio de SSI. Como Ud. sabe, (FILL “LAS FAMILIAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE SSI PARA NIÑOS” IF RTYPE=01; ELSE “LAS PERSONAS QUE RECIBEN BENEFICIOS DE SSI”) pueden gastar el dinero en cualquier cosa que llena (FILL “LAS NECESIDADES DE NAME” IF RTYPE=01 AND AND AGE=<17; “LAS NECESIDADES DEL /DE LA JÓVEN” IF RTYPE=01 AND AGE=17+; ELSE “SUS NECESIDADES”), incluyendo alimentos, ropa, albergue, y utilidades, además de servicios relacionados a incapacidades.

El mes pasado, ¿gastó (FILL “NAME Y SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “ UD. ” IF RTYPE=02, “NAME” IF RTYPE=03) su beneficio de SSI **principalmente** en . . .

Code only one answer

| | |
|---|----|
| Cuentas y gastos del hogar | 01 |
| Artículos y servicios específicos para (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) | 02 |
| Tanto para cuentas del hogar como para artículos o servicios específicos para “NAME,” o | 03 |
| Alguna otra cosa? (SPECIFY) ↴ | 04 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX (receiving SSI)
Created

H55. Pensando en todos los gastos adicionales que (FILL “NAME Y SU FAMILIA TUVIERON” IF RTYPE=01; “UD. TUVO” IF RTYPE=02; “NAME TUVO” IF RTYPE=03) para poder cuidar a, (FILL “NAME” IF RTYPE=01; FILL “SÍ MISMO(A)” IF RTYPE=02, 03) en el mes pasado, ¿fue el beneficio de SSI que recibió (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “EL/ELLA” IF RTYPE=03) suficientemente adecuado para cubrir estos gastos?

| | |
|------------------|-------------------|
| YES | 01 → Go to Part I |
| NO | 00 |
| DON'T KNOW | d → Go to Part I |
| REFUSED | r → Go to Part I |

CP, YP, YA, YX (receiving SSI)
Created

H56. ¿Por qué no fue adecuada la suma del beneficio?

YES, SPECIFY..... 01
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

PART I. EMPLOYMENT

11. CHECK RTYPE: With whom are you speaking?

NAME'S PARENT OR GUARDIAN 01
NAME HIM/HERSELF 02 → *Go to 165*
PROXY FOR NAME 03 → *Go to 165*

CP, YP (parent)
NSAF

12. Ahora le quiero hacer algunas preguntas acerca de su ocupación o empleo.

¿Está Ud. trabajando ahora en un empleo o negocio?

INTERVIEWER: IF SUBJECT HAS A JOB BUT IS TEMPORARILY NOT WORKING BECAUSE OF SICKNESS, VACATION, STRIKE, BAD WEATHER, ETC., COUNT AS EMPLOYED.

YES 01 → *Go to 17*
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent, not employed)
MPR

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha estado activamente buscando trabajo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent, not employed)
MPR

14. ¿Alguna vez ha trabajado Ud. en un empleo o en algún negocio?

YES 01
NO 00 → *Go to 16*
DON'T KNOW d → *Go to 16*
REFUSED r → *Go to 16*

CP, YP (parent, not employed now, has worked before)
MPR

15. ¿En qué mes y año trabajó Ud. la última vez en un empleo o en un negocio?

PROBE: Su mejor estimación basta.

____| MONTH ____|____| YEAR (1940-2002)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (parent, not employed)
SIPP modified

16. ¿Cuál es la razón principal por la cual Ud. (FILL "NO TRABAJA AHORA" IF I4=01, d, r;
FILL "NUNCA HA TRABAJADO" IF I4=00)?

Do not read list, code only one

TAKING CARE OF (NAME) 01

ILL OR DISABLED AND UNABLE TO

WORK 02

RETIRED 03

TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL

NEEDS 04

TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY 05

GOING TO SCHOOL 06

CANNOT FIND WORK 07

SUITABLE JOB NOT AVAILABLE 08

NOT INTERESTED IN WORKING 09

PREGNANCY/CHILDBIRTH 10

ON LAYOFF (TEMPORARY OR INDEFINITE). 11

JOB ENDED 12

RECEIVING SSI/DON'T WANT TO LOSE 13

OTHER (SPECIFY) ↴ 14

NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS 15

DON'T KNOW d

REFUSED r

Go to I20

CP, YP (parent, employed)
NSAF

17. ¿Trabaja Ud. para un patrón o empleador, o en su propio negocio, o ambos?

- WORKING FOR EMPLOYER ONLY..... 01
- SELF-EMPLOYED ONLY 02 → Go to I20
- BOTH WORKING FOR EMPLOYER AND
SELF-EMPLOYED 03
- NONE OF THE ABOVE 04
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, employed)
NSAF

18. ¿Tiene Ud. actualmente más de un empleador (lugar de empleo)?

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- Go to I10

CP, YP (parent, employed)
NSAF

19. ¿Cuántos empleadores (lugares de empleo) tiene Ud.?

|_|_| NUMBER OF EMPLOYERS (0-99)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, employed)
NSAF

110. IF I8=01 FILL: Hablemos de su empleo principal – el empleo en el cual Ud. trabaja las mayoría de las horas.

¿Es su empleador el gobierno, una compañía privada, una organización sin fines de lucro (non-profit), o alguna otra cosa?

- THE GOVERNMENT 01
 - A PRIVATE COMPANY 02
 - OTHER INDIVIDUAL OR FAMILY
BESIDES OWN..... 03
 - MAINLY SELF-EMPLOYED..... 04 → *Go to I20*
 - UNPAID WORKER IN OWN FAMILY'S
BUSINESS OR FARM..... 05
 - DO NOT HAVE A REGULAR EMPLOYER
OR WORK ONLY OCCASIONALLY 06
 - NON-PROFIT ORGANIZATION..... 07
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 08
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP (parent, employed)
NSAF

111. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde Ud. trabaja?

RECORD VERBATIM

CP, YP (parent, employed)
NSAF

112. ¿Qué tipo de trabajo hace Ud., o sea, cuál es su ocupación?

READ IF NECESSARY: Por ejemplo, vendedor(a) en una tienda, proveedor(a) de cuidado de niños, dentista, o agricultor(a).

CP, YP (parent, employed)
NSAF

113. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja para este empleador?

____ NUMBER (0-99)

| | |
|------------------|----|
| YEARS | 01 |
| MONTHS..... | 02 |
| WEEKS | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent, employed)
NSAF

114. ¿Cuántas horas por semana generalmente trabaja Ud. en este empleo?

PROBE: Incluya horas de sobretiempo (overtime), si Ud. generalmente trabaja horas de sobretiempo.

____ HOURS PER WEEK (0-999)

| | |
|------------------|---|
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent, employed, more than 1 job)
NSAF

115. (ASK IF I9>1; ELSE GO TO I16) Tomando en consideración a todos los empleos que Ud. tiene ahora, ¿cuántas horas trabaja Ud. por semana, en promedio?

PROBE: Incluya todos sus empleos.

____ HOURS PER WEEK (0-999)

| | |
|------------------|---|
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent, employed)
NSAF

116. Generalmente, ¿cae su día o jornada (shift) de trabajo entre las seis de la mañana y las seis de la tarde?

| | |
|------------------|----|
| YES | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent, employed)
NSAF

117. Para los propósitos de esta encuesta, es importante obtener alguna información acerca de cuánto le pagan en su empleo principal. ¿Le pagan a Ud. por hora, en su empleo principal?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to 119

CP, YP (parent, employed, receives hourly pay)
NSAF

118. ¿Cuál es su pago regular por hora, incluyendo propinas y comisiones?

PROBE IF LESS THAN \$5.00 AN HOUR: ¿Esto incluye propinas y comisiones?

- \$|_|_|.|_|_| PER HOUR (0-99.99) → Go to 126
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to 126

CP, YP (parent, employed, not hourly pay)
NSAF

119. Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto le pagan a Ud. en este empleo, incluyendo propinas y comisiones?

- \$ _____ .00 (0-999,999) → Go to 126
- DAILY 01
 - WEEKLY 02
 - BI-WEEKLY 03
 - TWICE A MONTH 04
 - MONTHLY 05
 - ANNUALLY 06
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to 126

FIRST PARENT SELF-EMPLOYED SECTION

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

I20. Ud. dijo que trabaja en su propio negocio. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde Ud. trabaja?

Record verbatim

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

I21. ¿Qué tipo de trabajo hace Ud., o sea, cuál es su ocupación?

READ IF NECESSARY: Por ejemplo, vendedor(a) en una tienda, proveedor(a) de cuidado de niños, dentista, o agricultor(a).

Record verbatim

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

I22. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en su propio negocio?

|_|_| NUMBER (0-99)

- YEARS 01
- MONTHS..... 02
- WEEKS 03
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

I23. ¿Cuántas horas por semana trabaja Ud. en este negocio, generalmente?

|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

124. Generalmente, ¿cae su día o jornada (shift) de trabajo entre las seis de la mañana y las seis de la tarde?

- YES 01
- NO 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, self-employed)
NSAF

125. ¿Cuál es la suma total del salario o de los ingresos que Ud. recibió de este negocio, en el último mes?

- \$_____00 AMOUNT RECEIVED (0-99,999)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

END FIRST PARENT'S SELF-EMPLOYED SECTION

CP, YP (parent, employed)
NSAF

126. Ahora quiero que piense en el año pasado, o sea, (LAST YEAR).

ASK IF I7=01, 03, 04, d, r: Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto ganó en su empleo principal durante (LAST YEAR), incluyendo propinas, premios (bonuses), y comisiones?

ASK IF I7=02: ¿Cuál fue el neto de las ganancias de su negocio o de su granja o finca (farm), después de gastos, durante (LAST YEAR)?

ENTER "0" IF SELF-EMPLOYED AND NET LOSS
ENTER "0" IF DID NOT HAVE THIS JOB/BUSINESS IN LAST YEAR

- \$_____00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent, employed)
NSAF

I27. ¿Ganó Ud. algún dinero de algún otro trabajo durante (LAST YEAR), sea de otro empleador o de un negocio propio, incluyendo propinas, premios, o comisiones?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to I29

CP, YP (parent, employed)
NSAF

I28. ¿Cuánto calcula Ud. que es la suma de estas ganancias adicionales, para todo el año?

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (all)
NHIS-D (Child Followback)

I29. Por razones relacionadas a la salud de (NAME), ¿**alguien** en su hogar, **alguna vez**:

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. No tomó un empleo para poder cuidar a (NAME)? | 01 | 00 | d | r |
| B. Paró de trabajar, fuera de una baja normal por maternidad (maternity leave)? | 01 | 00 | d | r |
| C. Cambió empleos? | 01 | 00 | d | r |
| D. Cambió las horas de trabajo a un diferente tiempo del día? | 01 | 00 | d | r |
| E. Rechazó un mejor empleo o una promoción? | 01 | 00 | d | r |

I30. CHECK: Is I4=00 (respondent has never worked) or I5=< 1996 (respondent last worked prior to 1996)?

- YES 01 → Go to I33
- NO 00 → Continue

CP, YP (parent is working now or last worked after 1996)
Created

131. Ahora quiero que piense hacia atrás, al mes de (LAST MONTH) 1996, (FILL “CUANDO (NAME) TENÍA (INSERT NAME’S AGE IN 1996) AÑOS”; IF NOT BORN IN 1996 THEN BLANK). ¿Trabajaba Ud. en un empleo o negocio en (LAST MONTH) de 1996?

- YES..... 01 → Go to 133
- NO..... 00
- DON’T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent unemployed in 1996)
SIPP modified

132. ¿Cuál es la razón principal por la cual Ud. no estaba trabajando en (LAST MONTH) de 1996?

Do not read list, code only one.

- TAKING CARE OF (NAME) 01
 - ILL OR DISABLED AND UNABLE TO WORK 02
 - RETIRED 03
 - TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL NEEDS 04
 - TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY 05
 - GOING TO SCHOOL 06
 - CANNOT FIND WORK..... 07
 - SUITABLE JOB NOT AVAILABLE 08
 - NOT INTERESTED IN WORKING 09
 - PREGNANCY/CHILDBIRTH 10
 - ON LAYOFF (TEMPORARY OR INDEFINITE) 11
 - JOB ENDED..... 12
 - RECEIVING SSI/DON’T WANT TO LOSE..... 13
 - OTHER (SPECIFY) ↓ 14
-
- NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS 15
 - DON’T KNOW d
 - REFUSED r

CP, YP
NSAF

133. CHECK B2: Does the respondent have a spouse or unmarried partner living in the household (B2=01 or 02)?

- YES..... 01 → Continue
- NO..... 00 → Go to 164

CP, YP (parent with spouse/partner)
NSAF

134. Ahora le quiero hacer unas pocas preguntas acerca del empleo de su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02).

¿Está su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) trabajando ahora en un empleo o negocio?

INTERVIEWER: IF SUBJECT HAS A JOB BUT IS TEMPORARILY NOT WORKING BECAUSE OF SICKNESS, VACATION, STRIKE, BAD WEATHER, ETC., COUNT AS EMPLOYED.

YES 01 → Go to 139
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/unemployed spouse/partner)
MPR

135. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha estado su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) activamente buscando trabajo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/unemployed spouse/partner)
MPR

136. ¿Alguna vez ha trabajado su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en un empleo o en algún negocio?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to 138

CP, YP (parent w/unemployed spouse/partner who has worked in past)
MPR

137. ¿En qué mes y año trabajó su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) la última vez en un empleo o en un negocio?

____ MONTH ____ YEAR (1940-2002)
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/unemployed spouse/partner)
SIPP modified

138. ¿Cuál es la **razón principal** por la cual su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) (FILL “NO TRABAJA AHORA” IF I36=01 ; “NUNCA HA TRABAJADO” IF I36=00,d,r)?

Do not read list, code only one.

| | |
|--|----|
| TAKING CARE OF (NAME) | 01 |
| ILL OR DISABLED AND UNABLE TO WORK | 02 |
| RETIRED | 03 |
| TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL NEEDS | 04 |
| TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY | 05 |
| GOING TO SCHOOL | 06 |
| CANNOT FIND WORK | 07 |
| SUITABLE JOB NOT AVAILABLE | 08 |
| NOT INTERESTED IN WORKING | 09 |
| PREGNANCY/CHILDBIRTH | 10 |
| ON LAYOFF (TEMPORARY OR INDEFINITE) | 11 |
| JOB ENDED | 12 |
| RECEIVING SSI/DON'T WANT TO LOSE | 13 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 14 |
| <hr/> | |
| NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS | 15 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

Go to I61

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

139. ¿Trabaja su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) para un patrón o empleador, o en su propio negocio, o ambos?

| | |
|--|----------------|
| WORKING FOR EMPLOYER ONLY | 01 |
| SELF-EMPLOYED ONLY | 02 → Go to I52 |
| BOTH WORKING FOR EMPLOYER AND SELF-EMPLOYED | 03 |
| NONE OF THE ABOVE | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

I40. ¿Tiene actualmente su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) más de un empleador (lugar de empleo)?

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES | 01 | } → Go to I42 |
| NO | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

I41. ¿Cuántos empleadores (lugares de empleo) tiene su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02)?

NUMBER OF EMPLOYERS (0-99)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

I42. (IF I40=01 FILL: Hablemos del empleo principal de su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) – el empleo en el cual (ÉL/ELLA) trabaja la mayoría de las horas.

¿Es el empleador de su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) el gobierno, una compañía privada, una organización sin fines de lucro (non-profit), o alguna otra cosa?

Do not read list, code only one

| | |
|---|----------------|
| THE GOVERNMENT | 01 |
| A PRIVATE COMPANY | 02 |
| OTHER INDIVIDUAL OR FAMILY BESIDES OWN | 03 |
| MAINLY SELF-EMPLOYED | 04 → Go to I52 |
| UNPAID WORKER IN OWN FAMILY'S BUSINESS OR FARM | 05 |
| DO NOT HAVE A REGULAR EMPLOYER OR WORK ONLY OCCASIONALLY | 06 |
| NON-PROFIT ORGANIZATION | 07 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

143. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde trabaja su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) ?

RECORD VERBATIM

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

144. ¿Qué tipo de trabajo hace su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) o sea, cuál es su ocupación?

READ IF NECESSARY: Por ejemplo, vendedor(a) en una tienda, proveedor(a) de cuidado de niños, dentista, o agricultor(a).

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

145. ¿Cuánto tiempo hace que su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) trabaja para este empleador?

____ NUMBER (0-99)

- YEARS 01
- MONTHS..... 02
- WEEKS 03
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

146. ¿Cuántas horas por semana generalmente trabaja su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en este empleo?

PROBE: Incluya horas de sobretiempo (overtime), si (ÉL/ELLA) generalmente trabaja horas de sobretiempo.

____ HOURS PER WEEK (0-999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner with more than 1 job)
NSAF

147. (ASK IF I40=01, ELSE GOTO I48) Tomando en consideración a todos los empleos que su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) tiene ahora, ¿cuántas horas trabaja su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) por semana, en promedio?

PROBE: Incluya todos sus empleos.

____|____| HOURS PER WEEK (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

148. Generalmente, ¿cae el día o jornada (shift) de trabajo de su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) entre las seis de la mañana y las seis de la tarde?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

149. Para los propósitos de esta encuesta, es importante obtener alguna información acerca de cuánto le pagan a su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) en su empleo. ¿Le pagan a su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) por hora, en su empleo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I51

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner, receives hourly pay)
NSAF

150. ¿Cuál es el pago regular por hora de su (FILL "ESPOSO(A)" IF B2=01; "PAREJO(A)" IF B2=02) , incluyendo propinas y comisiones?

INTERVIEWER: SELF_EMPLOYED IS THE SAME AS EMPLOYED

PROBE IF LESS THAN \$5.00 AN HOUR: ¿Esto incluye propinas y comisiones?

\$_|_|_|.|_|_| PER HOUR (0-99.99) → Go to I58

DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I58

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

151. Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto le pagan a su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en este empleo, incluyendo propinas y comisiones?

\$ _____ .00 (0-999,999) → Go to I58

- DAILY 01
- WEEKLY 02
- BI-WEEKLY 03
- TWICE A MONTH 04
- MONTHLY 05
- ANNUALLY 06
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

Go to I58

SECOND PARENT SELF-EMPLOYED SECTION

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

152. Ud. dijo que su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) trabaja en su propio negocio. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) trabaja?

Record verbatim

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

153. ¿Qué tipo de trabajo hace su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) ? O sea, ¿cuál es su ocupación?

Record verbatim

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

154. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en su propio negocio?

____ NUMBER (0-99)

- YEARS 01
- MONTHS..... 02
- WEEKS 03
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

155. ¿Cuántas horas por semana trabaja su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en este negocio, generalmente?

____ HOURS PER WEEK (0-999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

156. Generalmente, ¿cae el día o jornada “shift” de trabajo de su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) entre las seis de la mañana y las seis de la tarde?

- YES 01
- NO 00
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (parent w/ self-employed spouse/partner)
NSAF

157. ¿Cuál es la suma total del salario o de los ingresos que su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) recibió de este negocio, en el último mes?

\$_____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-99,999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

END SECOND PARENT’S SELF-EMPLOYED SECTION

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

158. Ahora quiero que piense en el año pasado, o sea, (LAST YEAR).

(ASK IF I39=01, 03, 04, d, r) Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto ganó su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en su empleo principal durante (LAST YEAR), incluyendo propinas, premios (bonuses), y comisiones?

(ASK IF I39=02): ¿Cuál fue el neto de las ganancias de su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) de su negocio o de su granja o finca (farm), después de gastos, durante (LAST YEAR)?

ENTER “0” IF SELF-EMPLOYED AND NET LOSS

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

159. ¿Ganó su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) algún dinero de otro trabajo durante (LAST YEAR), sea de otro empleador o de un negocio propio, incluyendo propinas, premios, o comisiones?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I61

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
NSAF

160. ¿Cuánto calcula Ud. que es la suma de estas ganancias adicionales, para todo el año?

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)
DON'T KNOW d
REFUSED r

161a. CHECK: Is I36=00 (spouse/partner has never worked) or I37=<1996 (spouse/partner last worked prior to 1996)?

YES 01 → Go to I64
NO 00 → Continue

161b. ¿Vivía Ud.con su esposo(a) o pareja(a) actual en 1996?

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES | 01 | → Continue |
| NO | 00 | } → Go to 164 |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP (parent w/ employed spouse/partner)
Created

162. Ahora quiero que piense hacia atrás, al mes de (LAST MONTH) 1996, (FILL “CUANDO (NAME) TENÍA (INSERT NAME’S AGE IN 1996) AÑOS”; IF NOT BORN IN 1996 THEN BLANK) ¿Trabajaba su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) en un empleo o negocio en (LAST MONTH) de 1996?

| | | |
|------------------|----|-------------|
| YES | 01 | → Go to 164 |
| NO | 00 | |
| DON'T KNOW | d | → Go to 164 |
| REFUSED | r | → Go to 164 |

CP, YP (parent w/ spouse/ partner not working in 1996)
SIPP modified

163. ¿Cuál es la razón principal por la cuasu (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) no estaba trabajando en (LAST MONTH) de 1996?

Do not read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| TAKING CARE OF (NAME) | 01 |
| ILL OR DISABLED AND UNABLE TO WORK | 02 |
| RETIRED | 03 |
| TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL NEEDS | 04 |
| TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY | 05 |
| GOING TO SCHOOL | 06 |
| CANNOT FIND WORK | 07 |
| SUITABLE JOB NOT AVAILABLE | 08 |
| NOT INTERESTED IN WORKING | 09 |
| PREGNANCY/CHILDBIRTH | 10 |
| ON LAYOFF (TEMPORARY OR INDEFINITE) | 11 |
| JOB ENDED | 12 |
| RECEIVING SSI/DON'T WANT TO LOSE | 13 |
| OTHER (SPECIFY) ↴ | 14 |
| <hr/> | |
| NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS | 15 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

164. CHECK AGE: Is NAME's age...

<18 01 → Go to Part J
18+ 02 → Continue

BEGIN NAME'S EMPLOYMENT

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback

165. Estas próximas preguntas son acerca (FILL "DEL TRABAJO DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "DE SU TRABAJO" IF RTYPE=02), por pago o para ganancias, y acerca de trabajo de voluntario(a) sin pago.

¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabajando ahora en un empleo o negocio por pago?

PROBE: No incluya trabajo de voluntario(a) sin pago.

YES 01 → Go to I81
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
MPR

166. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha estado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) activamente buscando trabajo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

167. ¿**Alguna vez** ha trabajado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en un empleo o en un negocio?

YES 01
NO 00 → Go to I71
DON'T KNOW d → Go to I69
REFUSED r → Go to I69

YP, YA, YX (NAME unemployed)

MPR

168. ¿En qué mes y año trabajó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) la última vez en un empleo o en un negocio?

PROBE: Su major estimation basta.

 |_|_| MONTH |_|_| YEAR (1985-2002)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)

SIPP modified

169. ¿Cuál es la razón principal por la cual (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no trabaja ahora?

Do not read list, code all that apply.

ILL OR DISABLED AND UNABLE TO

WORK 02

RETIRED 03

TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL

NEEDS 04

TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY 05

GOING TO SCHOOL 06

CANNOT FIND WORK 07

SUITABLE JOB NOT AVAILABLE 08

NOT INTERESTED IN WORKING 09

PREGNANCY/CHILDBIRTH 10

ON LAYOFF (TEMPORARY OR

INDEFINITE) 11

JOB ENDED 12

RECEIVING SSI/DON'T WANT TO LOSE 13

OTHER (SPECIFY) ↓ 14

NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS 15

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D

170. ¿Alguna vez ha sido (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) despedido(a) de un empleo, suspendido(a) temporariamente (laid off), o la han pedido que renuncie por causa de un problema de salud continuo, un impedimento o una incapacidad?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

171. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) **completamente** impedido(a) trabajar por un problema de salud continuo, un impedimento o una incapacidad?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d → Go to 174
REFUSED r → Go to 174

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

172. ¿Sí se harían suficientes acomodamientos en el transporte y en el lugar de trabajo, podría (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabajar?

YES 01 → Go to 174
NO 00 → Go to 179
MAYBE/IT DEPENDS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
Created

173. ¿Depende eso de los acomodamientos o de alguna otra cosa?

ACCOMMODATIONS 01
SOMETHING ELSE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

174. Algunas personas han encontrado barreras que las han desanimado o disuadido de trabajar. ¿No trabaja (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) porque está preocupado(a) que . . .

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) perdería su SSI u otras fuentes de ingreso, si (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03 ; " UD." IF RTYPE=02) trabajase | 01 | 00 | d | r |
| B. (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) perdería su vivienda, si (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabajase | 01 | 00 | d | r |
| C. (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) perdería su seguro de salud o Medicaid, sí (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)trabajase..... | 01 | 00 | d | r |
| D. Su familia o sus amistades (lo/la) desanimaron a (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." | 01 | 00 | d | r |
| E. Ningún empleador o patrón (lo/la) emplearía a (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)..... | 01 | 00 | d | R |
| F. Información acerca de empleos no estaba a su disposición | 01 | 00 | d | r |
| G. El entrenamiento de (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no era adecuado..... | 01 | 00 | d | r |
| H. A (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)le faltaba transporte al cual (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) podía llegar y usar | 01 | 00 | d | r |
| I. ¿Alguna otra razón? (SPECIFY) | 01 | 00 | d | r |

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

175. ¿Está (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) limitado(a) en **el tipo o la cantidad** de trabajo que (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03 ; "UD." IF RTYPE=02) puede hacer por causa de un problema de salud continuo, un impedimento o una incapacidad?

YES 01
NO 00 → *Go to 178*
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback (modified)

176. Para poder trabajar, ¿necesitaría (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) características especiales en su sitio de trabajo, o cualquier aparato o asistencia especial, o arreglos de trabajo especiales?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

177. CHECK: Is I69=15, that is, NAME will start a new job within 30 days?

YES 01 → *Go to 179*
NO 00 → *Continue*

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

178. ¿Piensa (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) que (FILL "EL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) buscará trabajo en cualquier momento, en los próximos seis meses?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME unemployed)
NHIS-D Adult Followback

179. Durante los últimos 12 meses, ¿estuvo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) involucrado(a) en trabajo de voluntario(a) sin pago, tal como enseñar, entrenar, trabajo de oficina, o proporcionar cuidado?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to I105

YP, YA, YX (NAME unemployed, doing volunteer work)
NHIS-D Adult Followback

180. ¿Más o menos cuántos días hizo (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabajo voluntario, en los últimos 12 meses?

- ____|____|____| DAYS (0-365)
- PER WEEK 01
 - PER MONTH 02
 - PER YEAR 03
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r

GO TO I105

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

181. ¿Trabaja (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) para un patrón o empleador, en su propio negocio, o ambos?

- WORKING FOR EMPLOYER ONLY 01
- SELF-EMPLOYED ONLY 02 → Go to I95
- BOTH WORKING FOR EMPLOYER AND
SELF-EMPLOYED 03
- NONE OF THE ABOVE 04
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

182. ¿Tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) actualmente más de un empleador (lugar de empleo)?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to I84

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

183. ¿Cuántos empleadores (lugares de empleo) tiene (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02)?

____ NUMBER OF EMPLOYERS (0-99)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NHIS-D Adult Followback (modified)

184. (READ IF I82=01) Hablemos (FILL “DEL EMPLEO PRINCIPAL DE NAME” IF RTYPE=01, 03; “DE SU EMPLEO PRINCIPAL” IF RTYPE=02) – el empleo en el cual (FILL “EL/ELLA” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) trabaja las más horas.

¿Cuál de los siguientes mejor describe (FILL “EL EMPLEO DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SU EMPLEO” IF RTYPE=02)? ¿Es . . .

Read list, code only one

- Empleo competitivo**, o sea, trabajo en un empleo o negocio regular, que paga por lo menos sueldo mínimo 01
- Trabajando con un **“job coach” o entrenador de empleos** pagado (PROBE: Esto incluye ambos empleos competitivos y no-competitivos)..... 02
- Un equipo de trabajo o “work crew”**, que consiste de personas con incapacidades, trabajando como un equipo para proporcionar servicios tales como limpieza (janitorial) o jardinería en la comunidad..... 03
- Un “enclave”**, o sea, trabajar en un grupo con personas incapacitadas en un negocio regular . 04
- Un “sheltered workshop” o taller de trabajo protegido**, o sea, trabajando por pago por pieza (piece rate wages) bajo del sueldo mínimo 05
- Alguna otra cosa?** (SPECIFY)..... 06

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)

185. ¿Cómo escuchó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) por primera vez acerca de este empleo? ¿De su familia o sus amistades, de un aviso en el periódico, de un anuncio en el Internet, en la escuela, una agencia de rehabilitación vocacional, o alguna otra cosa?

Do not read, code one answer

| | |
|------------------------------------|----|
| FAMILY | 01 |
| FRIENDS | 02 |
| NEWSPAPER | 03 |
| INTERNET | 04 |
| SCHOOL | 05 |
| A VOCATIONAL REHABILITATION AGENCY | 06 |
| JTPA, JOB CORPS, OTHER FEDERAL JOB | |
| TRAINING PROGRAM..... | 07 |
| DIRECT CONTACT WITH COMPANY | 08 |
| SOMETHING ELSE (SPECIFY) | 09 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME employed)

NSAF

186. ¿Es (FILL "EL EMPLEADOR DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "SU EMPLEADOR" IF RTYPE=02) el gobierno, una compañía privada, una organización sin fines de lucro (non-profit), o alguna otra cosa?

Do not read list, code only one answer

| | |
|---------------------------------|----------------|
| THE GOVERNMENT | 01 |
| A PRIVATE COMPANY | 02 |
| OTHER INDIVIDUAL OR FAMILY | |
| BESIDES OWN..... | 03 |
| MAINLY SELF-EMPLOYED..... | 04 → Go to 195 |
| UNPAID WORKER IN OWN FAMILY'S | |
| BUSINESS OR FARM..... | 05 |
| DO NOT HAVE A REGULAR EMPLOYER | |
| OR WORK ONLY OCCASIONALLY | 06 |
| NON-PROFIT ORGANIZATION..... | 07 |
| OTHER (SPECIFY) ↴..... | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

187. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabaja?

RECORD VERBATIM

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

188. ¿Qué tipo de trabajo hace (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02), o sea, cuál es su ocupación?

READ IF NECESSARY: Por ejemplo, vendedor(a) en una tienda, proveedor(a) de cuidado de niños, dentista, o agricultor(a).

YP, YA, YX

189. ¿Cuánto tiempo hace que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) trabaja para este empleador?

|_|_| NUMBER (0-99)

- YEARS 01
- MONTHS..... 02
- WEEKS 03
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

190. ¿Cuántas horas por semana generalmente trabaja (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en este empleo?

PROBE: Incluya horas de sobretiempo (overtime), si (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) generalmente trabaja horas de sobretiempo.

|_|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

I91. (ASK ONLY IF RESPONDENT REPORTED MORE THAN ONE EMPLOYER IN I82)
Tomando en consideración a todos los empleos que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03;
"UD." IF RTYPE=02) tiene ahora, ¿cuántas horas trabaja (FILL "NAME" IF
RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) por semana, en promedio?

PROBE: Incluya todos sus empleos.

|_|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

I92. Para los propósitos de esta encuesta, es importante obtener alguna información
acerca de cuánto le pagan a (FILL "NAME" IF RTYPE=01, 03; "UD." IF RTYPE=02) en
su empleo. ¿Le pagan a (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) por
hora, en su empleo?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I94

YP, YA, YX (NAME employed, hourly pay)
NSAF

I93. ¿Cuál es su pago regular por hora, incluyendo propinas y comisiones?

PROBE IF LESS THAN \$5.00 AN HOUR: ¿Esto incluye propinas y comisiones?

\$\$|_|_|.|_|_| PER HOUR (\$0-99.99) → Go to I100

DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I100

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

194. Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto le pagan a (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) en este empleo, incluyendo propinas y comisiones?

\$ _____ .00 (0-999,999) → Go to I100

- DAILY 01
- WEEKLY 02
- BI-WEEKLY 03
- TWICE A MONTH 04
- MONTHLY 05
- ANNUALLY 06
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

Go to I100

BEGIN NAME’S SELF-EMPLOYED SECTION

YP, YA, YX (NAME self-employed)
NSAF

195. Ud. dijo que (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) trabaja en su propio negocio. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) trabaja?

Record verbatim

YP, YA, YX (NAME self-employed)
NSAF

196. ¿Qué tipo de trabajo hace (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02)? o sea, cuál es su ocupación?

Record verbatim

YP, YA, YX (NAME self-employed)
NSAF

197. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en su propio negocio?

|_|_| NUMBER (0-99)

YEARS 01
MONTHS 02
WEEKS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME self-employed)
NSAF

198. ¿Cuántas horas por semana trabaja (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en este negocio, generalmente?

|_|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME self-employed)
NSAF

199. ¿Cuál es la suma total del salario o de los ingresos que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) recibió de este negocio, en el último mes?

\$_____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-99,999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

END NAME'S SELF-EMPLOYED SECTION

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

I100. (ASK IF I81=01, 03, 04, d, r) Ahora, quiero que piense en el año pasado, o sea, (LAST YEAR). Antes de impuestos u otras deducciones, ¿cuánto ganó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en su empleo principal durante (LAST YEAR), incluyendo propinas, premios (bonuses), y comisiones?

(ASK IF I81=02): ¿Cuál fue el neto de las ganancias de su negocio o de su granja o finca (farm), después de gastos, durante (LAST YEAR)?

ENTER "0" IF SELF-EMPLOYED AND NET LOSS

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

I101. ¿Ganó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) algún dinero de otro trabajo durante (LAST YEAR), sea de otro empleador o de un negocio propio, incluyendo propinas, premios, o comisiones?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to I103

YP, YA, YX (NAME employed)
NSAF

I102. ¿Cuánto calcula Ud. que es la suma de estas ganancias adicionales, para todo el año?

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME employed)
NHIS-D Adult Followback

I103. ¿Cómo llega (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) al trabajo, generalmente?

Read list if necessary, code all that apply

| | |
|---|-----------------|
| CAR..... | 01 |
| WORK AT HOME..... | 02 → Go to I105 |
| PUBLIC TRANSPORTATION | 03 |
| SPECIALIZED VAN OR BUS SERVICE FOR PERSONS WITH DISABILITIES | 04 |
| TAXI | 05 |
| WALK..... | 06 → Go to I105 |
| SCOOTER/WHEELCHAIR..... | 07 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME employed)
NHIS-D Adult Followback

I104. ¿Cuánto se puede confiar en este modo de transporte para llegar al trabajo?
¿Diría Ud. que . . .

Code only one

| | |
|-----------------------------------|----|
| Se puede confiar mucho | 01 |
| Se puede confiar algo | 02 |
| No se puede confiar mucho | 03 |
| No se puede confiar en nada | 04 |
| | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

BEGIN NAME'S SPOUSE EMPLOYMENT

I105. CHECK A42 and A91: Does NAME have a spouse living with him/her?

| | |
|----------|-------------------|
| YES..... | 01 → Continue |
| NO..... | 02 → Go to Part K |

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NHIS-D Adult Followback

I106. Estas próximas preguntas son acerca del trabajo (FILL "DEL ESPOSO/ DE LA ESPOSA(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "DE SU ESPOSO (A)" IF RTYPE=02), por pago o para ganancias, y acerca de trabajo de voluntario(a) sin pago.

¿Está (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) trabajando ahora en un empleo o negocio por pago?

PROBE: No incluya trabajo de voluntario(a).

YES..... 01 → Go to I111
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse unemployed)
MPR

I107. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha estado (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) activamente buscando trabajo?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse unemployed)
NHIS-D Adult Followback

I108. ¿**Alguna vez** ha trabajado (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) en un empleo o en algún negocio?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to I110

YP, YA, YX (NAME'S spouse unemployed)
MPR

I109. ¿En qué mes y año trabajó (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) la última vez en un empleo o en un negocio?

____ MONTH ____ YEAR (1940-2002)
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse unemployed)
SIPP modified

I110. ¿Cuál es la razón principal por la cual (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) (FILL "NO TRABAJA AHORA" IF I108=01,d,r ; "NUNCA HA TRABAJADO" IF I108=00)?

Do not read list, code only one

| | |
|--|----|
| TAKING CARE OF (NAME) | 01 |
| ILL OR DISABLED AND UNABLE TO WORK | 02 |
| RETIRED | 03 |
| TAKING CARE OF CHILD WITH SPECIAL NEEDS | 04 |
| TAKING CARE OF HOME/OTHER FAMILY | 05 |
| GOING TO SCHOOL | 06 |
| CANNOT FIND WORK | 07 |
| SUITABLE JOB NOT AVAILABLE | 08 |
| NOT INTERESTED IN WORKING | 09 |
| PREGNANCY/CHILDBIRTH | 10 |
| ON LAYOFF (TEMPORARY OR INDEFINITE) | 11 |
| JOB ENDED | 12 |
| RECEIVING SSI/DON'T WANT TO LOSE | 13 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 14 |
| <hr/> | |
| NEW JOB TO BEGIN WITHIN 30 DAYS | 15 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

Go to Part K

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I111. ¿Trabaja (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) para un patrón o empleador, o en su propio negocio, o ambos?

| | |
|--|-----------------|
| WORKING FOR EMPLOYER ONLY | 01 |
| SELF-EMPLOYED ONLY | 02 → Go to I124 |
| BOTH WORKING FOR EMPLOYER AND SELF-EMPLOYED | 03 |
| NONE OF THE ABOVE | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I112. ¿Tiene actualmente (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) más de un empleador (lugar de empleo)?

| | | |
|------------------|----|----------------|
| YES | 01 | } → Go to I114 |
| NO | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I113. ¿Cuántos empleadores (lugares de empleo) tiene (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02)?

|_| NUMBER OF EMPLOYERS (2-99)

| | |
|------------------|---|
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NHIS-D Adult Followback (modified)

I114. (IF I112=01 FILL) Hablemos del empleo principal (FILL "DEL ESPOSO/ DE LA ESPOSA DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "DE SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) – el empleo en el cual (EL/ELLA) trabaja las más horas.

¿Cuál de los siguientes mejor describe al empleo (FILL "DEL ESPOSO/ DE LA ESPOSA DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "DE SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02)? ¿Es

Read list, code only one

- Empleo competitivo**, o sea, trabajo en un empleo o negocio regular, que paga por lo menos sueldo mínimo 01
- Trabajando con un **"job coach" o entrenador de empleos** pagado (PROBE: Esto incluye ambos empleos competitivos y no-competitivos)..... 02
- Un equipo de trabajo o "work crew"**, que consiste de personas con incapacidades, trabajando como un equipo para proporcionar servicios tales como limpieza (janitorial) o jardinería en la comunidad..... 03
- Un "enclave"**, o sea, trabajar en un grupo con personas incapacitadas en un negocio regular 04
- Un "sheltered workshop" o taller de trabajo protegido**, o sea, trabajando por pago por pieza (piece rate wages) bajo del sueldo mínimo 05
- Alguna otra cosa?** (SPECIFY) 06
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I115. ¿Es el empleador (FILL “DEL ESPOSO/ DE LA ESPOSA DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “DE SU ESPOSO(A)” IF RTYPE=02) el gobierno, una compañía privada, una organización sin fines de lucro (non-profit), o alguna otra cosa?

Do not read list, code only one answer

| | |
|---|-----------------|
| THE GOVERNMENT | 01 |
| A PRIVATE COMPANY | 02 |
| OTHER INDIVIDUAL OR FAMILY BESIDES OWN..... | 03 |
| MAINLY SELF-EMPLOYED..... | 04 → Go to I124 |
| UNPAID WORKER IN OWN FAMILY'S BUSINESS OR FARM..... | 05 |
| DO NOT HAVE A REGULAR EMPLOYER OR WORK ONLY OCCASIONALLY | 06 |
| NON-PROFIT ORGANIZATION..... | 07 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I116. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen donde (FILL “EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SU ESPOSO(A)” IF RTYPE=02) trabaja?

RECORD VERBATIM

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I117. ¿Qué tipo de trabajo hace (FILL “EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)” IF RTYPE=01,03; “SU ESPOSO(A)” IF RTYPE=02), o sea, cuál es su ocupación?

READ IF NECESSARY: Por ejemplo, vendedor(a) en una tienda, proveedor(a) de cuidado de niños, dentista, o agricultor(a).

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I118. ¿Cuánto tiempo hace que (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) trabaja para este empleador?

|_|_| NUMBER (0-99)

YEARS 01
MONTHS..... 02
WEEKS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I119. ¿Cuántas horas por semana generalmente trabaja (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) en este empleo?

PROBE: Incluya horas de sobretiempo (overtime), si (ÉL/ELLA) generalmente trabaja horas de sobretiempo.

|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I120. (ASK IF I112=01, ELSE GO TO I121) Tomando en consideración a todos los empleos que (ÉL/ELLA) tiene ahora, ¿cuántas horas trabaja (ÉL/ELLA) por semana, en promedio?

PROBE: Incluya todos sus empleos.

|_|_| HOURS PER WEEK (0-999)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I121. Para los propósitos de esta encuesta, es importante obtener alguna información acerca de cuánto le pagan a (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02), en su empleo. ¿Le pagan a (ÉL/ELLA) por hora, en su empleo?

- YES 01
 - NO 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to I123

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I122. ¿Cuál es el pago regular por hora de (ÉL/ELLA), incluyendo propinas y comisiones?

PROBE IF LESS THAN \$5.00 AN HOUR: ¿Esto incluye propinas y comisiones?

- \$|_|_|.|_|_| PER HOUR (0-99.99) → Go to I129
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to I129

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I123. Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto le pagan a (ÉL/ELLA) en este empleo, incluyendo propinas y comisiones?

- \$_____ .00 (0-999,999) → Go to I129
- DAILY 01
 - WEEKLY 02
 - BI-WEEKLY 03
 - TWICE A MONTH 04
 - MONTHLY 05
 - ANNUALLY 06
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r

Go to I129

BEGIN NAME'S SPOUSE SELF-EMPLOYED SECTION

YP, YA, YX (NAME'S spouse self-employed)
NSAF

I124. Ud. dijo que (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) trabaja en su propio negocio. ¿Qué tipo de negocio es?

PROBE: ¿Qué es lo que producen o hacen dónde (ÉL/ELLA) trabaja?

Record verbatim

YP, YA, YX (NAME'S spouse self-employed)
NSAF

I125. ¿Qué tipo de trabajo hace (ÉL/ELLA)? o sea, ¿cuál es su ocupación?

Record verbatim

YP, YA, YX (NAME'S spouse self-employed)
NSAF

I126. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja (ÉL/ELLA) en su propio negocio?

|_|_| NUMBER (0-99)

YEARS 01
MONTHS..... 02
WEEKS 03
DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse self-employed)
NSAF

I127. ¿Cuántas horas por semana trabaja (ÉL/ELLA) en este negocio, generalmente?

|_|_| HOURS PER WEEK (0-40)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse self-employed)
NSAF

1128. ¿Cuál es la suma total del salario o de los ingresos que (ÉL/ELLA) recibió de este negocio, en el último mes?

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-99,999)

DON'T KNOW d

REFUSED r

END NAME'S SPOUSE SELF-EMPLOYED SECTION

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

1129. Ahora quiero que piense en el año pasado, o sea, (LAST YEAR).

(ASK IF I111=01, 03, 04, d, r) Antes de impuestos y otras deducciones, ¿cuánto ganó (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) en su empleo principal durante (LAST YEAR), incluyendo propinas, premios (bonuses), y comisiones?

(ASK IF I111=02) ¿Cuál fue el neto de las ganancias de (ÉL/ELLA) de su negocio o de su granja o finca (farm), después de gastos, durante (LAST YEAR)?

ENTER "0" IF SELF-EMPLOYED AND NET LOSS

\$ _____ .00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

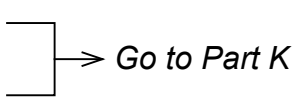
1130. ¿Ganó (FILL "EL/LA ESPOSO(A) DE (NAME)" IF RTYPE=01,03 ; "SU ESPOSO(A)" IF RTYPE=02) algún dinero de otro trabajo durante (LAST YEAR), sea de otro empleador o de un negocio propio, incluyendo propinas, premios, o comisiones?

YES 01

NO 00

DON'T KNOW d

REFUSED r



YP, YA, YX (NAME'S spouse employed)
NSAF

I131. ¿Cuánto calcula Ud. que es la suma de estas ganancias adicionales, para todo el año?

\$_____00 AMOUNT RECEIVED (0-999,999)

DON'T KNOW d

REFUSED r

PART J. WORK/CHILD CARE

J1. CHECK AGE: Is NAME's AGE...

<18.....01 → *Continue*
18+ 02 → *Go to Part K*

J2. CHECK: Does I2=01? Was respondent working in the past month?

YES..... 01 → *Go to J4*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created

J3. ¿Asistió Ud. a alguna escuela, o participó en algún programa de entrenamiento, el mes pasado?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to Part K*

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J4. Estas próximas preguntas son acerca de cuidado de niños (child care).
¿Quién cuidó a (NAME) lo más frecuentemente mientras que Ud. estaba en
(FILL “EL TRABAJO” IF I2=1; “LOS ESTUDIOS” IF J3=01) durante el mes
pasado? No cuente el tiempo que (NAME) pasaba en la escuela, si (él/ella) era
registrado(a).

Do not read list, code only one

PARENT/GUARDIAN ONLY WORKS
DURING SCHOOL HOURS 01 → Go to Part K
PARENT/GUARDIAN WORKS AT HOME 02 → Go to J12
MOTHER/FEMALE GUARDIAN CARES
FOR (NAME) 03 → Go to J8
FATHER/ MALE GUARDIAN CARES
FOR (NAME) 04 → Go to J8
(NAME) CARES FOR SELF 05 → Go to J8
OTHER RELATIVES CARE FOR NAME 06 → Go to J5
UNRELATED BABYSITTER 07 → Go to J7
CARE PROVIDED AT SCHOOL 08 → Go to J8
DAY CARE CENTER 09 → Go to J6
DAY CAMP 10 → Go to J6
OTHER (SPECIFY) ↓ 11 → Go to J7

DON'T KNOW d → Go to J10
REFUSED r → Go to J10

CP, YP (if working /in school last month)

J5. ¿Cuál es la relación o parentesco de esta persona con (NAME)?

Do not read list, code one answer

BROTHER/SISTER 01
GRANDPARENT 02
AUNT/UNCLE 03
OTHER (SPECIFY) ↓ 04

DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO J7

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J6. ¿Era ese (FILL “CENTRO DE CUIDADO DIARIO” IF J4=09; “DAY CAMP” IF J4=10) un lugar especializado para niños con incapacidades?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

Go to J8

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J7. Endónde se cuidaba (NAME) mayormente, en su hogar o en algún otro sitio?

(NAME'S) HOME 01
SOMEWHERE ELSE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J8. La semana pasada, ¿más o menos cuántas horas fue (NAME) cuidado(a) por (FILL ANSWER FROM J4 or J5) mientras que Ud. estaba (FILL “TRABAJANDO” IF I1=2; “EN LOS ESTUDIOS” IF J3=01)?

____ NUMBER OF HOURS (0-99)
NONE..... 01
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (if working /in school last month)

J9. CHECK: Is J4=03, 04, 05 (NAME is cared for by mother/female guardian, father/male guardian, or cares for self)?

YES..... 01 → *Go to J12*
NO..... 00 → *Continue*

CP, YP (if working /in school last month)
Created

J10. ¿Pagó Ud. o su familia por todo, por parte, o por nada de este cuidado de niños (child care)?

- ALL..... 01
 - PART 02
 - NONE..... 03
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to J12

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J11. ¿Más o menos cuánto pagó Ud. o su familia por este cuidado de niños (child care)?

\$ _____ .00 (0-99,999)

- DAILY..... 01
- WEEKLY 02
- TWICE A MONTH 03
- MONTHLY 04
- ANNUALLY 05
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (if working /in school last month)
NHIS-D (Child Followback)

J12. ¿Cuán satisfecho(a) está Ud. con este arreglo de cuidado de niños (child care)?
¿Está Ud. muy satisfecho(a) algo satisfecho(a) algo insatisfecho(a) satisfecha(o), o muy insatisfecho(a) ?

- VERY SATISFIED..... 01
- SOMEWHAT SATISFIED 02
- SOMEWHAT DISSATISFIED 03
- VERY DISSATISFIED..... 04
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

PART K. UNEARNED INCOME AND ASSETS

K1. CHECK RTYPE: Is RTYPE...

NAME'S PARENT OR GUARDIAN..... 01→ *Continue*
 NAME HIM/HER SELF..... 02→ *Go to K71*
 PROXY FOR NAME..... 03→ *Go to K71*

CP, YP
 MPR

K2. Además de las ganancias por trabajar, las familias con frecuencia reciben otras ingresos del gobierno, de instituciones privadas, o de sus propios ahorros. Le gustari'a hacer algunas preguntas acerca de todas las otras fuentes de ingresos recibidos en (LAST MONTH) por miembros de su familia incluso (INSERT NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42).

En (LAST MONTH), ¿alguien recibió pagos de la oficina del Bienestar Público (welfare office), incluyendo Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance)?

PROBE: Esto incluye dinero que Ud. u otros quizás recibieron por participar en una actividad de trabajo o entrenamiento.

YES..... 01
 NO..... 00
 DON'T KNOW..... d
 REFUSED..... r

} → *Go to K6*

CP, YP (receiving welfare)
 Created

K3. ¿Quién en su hogar recibió pagos de la oficina del Bienestar Público (welfare)?

PROBE: ¿A quién le dieron el pago?

Code all that apply

(NAME) 01
 RESPONDENT 02
 LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 03-14
 OTHER (SPECIFY)..... 15

DON'T KNOW..... d→ *Go to K6*
 REFUSED..... r→ *Go to K6*

CP, YP (receiving welfare)
MPR

K4. ¿Fue (FILL “UD.” IF K3=02; “INSERT RECIPIENT’S NAME” IF K3=01,03-14; “ESA PERSONA” IF K3=15) requerida(o) a trabajar, a asistir a una escuela o entrenamiento, a buscar trabajo, o hacer cualquier otra cosa, para poder recibir estos beneficios?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K3.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP (receiving welfare)
MPR

K5. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL “UD.” IF K3=02; “(INSERT RECIPIENT’S NAME)” IF K3=01,03-14; “ESA PERSONA” IF K3=15) en pagos del bienestar público (welfare) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K3.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-2,000)
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

K6. En (LAST MONTH), ¿recibió cualquier persona en su hogar cualquier **otro** tipo de asistencia del bienestar público (welfare), tal como ayuda para encontrar un empleo, colocación en programas de educación o entrenamiento, o ayuda en transporte o con el cuidado de niños (child care)?

PROBE: Por favor incluya sólo asistencia recibida por bienestar público.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to K8

CP, YP (receiving other welfare assistance)
Created

K7. ¿Quién en el hogar recibió esta ayuda?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|-------|
| RESPONDENT | 01 |
| (NAME) | 02 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 03-14 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
NSAF

K8. En (LAST MONTH), ¿alguien recibió algún pago del programa de asistencia general (general assistance) de su estado?

PROBE: Las personas de ingresos bajos y las familias que cumplen los criterios de elegibilidad para programas de asistencia general reciben un beneficio financiero mensual para ayudar a cubrir necesidades básicas tales como alquiler, comida y ropa.

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to K11 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP (receiving state general assistance payments)
Created

K9. ¿A quién en el hogar, le dieron el pago del programa de asistencia general (general assistance)?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBER FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN THE FIRST POSITION).

Code all that apply

RESPONDENT 01
(NAME) 02
LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 03-14
OTHER (SPECIFY)↙..... 15

DON'T KNOW d → Go to K11
REFUSED r → Go to K11

CP, YP (receiving state general assistance payments)
NSAF

K10. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL “UD.” IF K9=02; “(INSERT RECIPIENT’S NAME)” IF K9=01,03-14; “ESA PERSONA” IF K9=15) en pagos de asistencia general en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K9.

\$_____ .00 AMOUNT (0-2,000)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

K11. En (LAST MONTH), ¿recibió cualquier persona en su hogar Cupones de Alimentos (Food Stamps)?

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to K15

CP, YP (receiving food stamps)
Created

K12. ¿Quién en su hogar recibió Cupones de Alimentos (Food Stamps)?

PROBE: ¿Quién estaba autorizada(o) para recibir Cupones de Alimentos (Food Stamps) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| RESPONDENT | 01 |
| (NAME) | 02 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 03-14 |
| OTHER (SPECIFY) ↓..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d → Go to K15 |
| REFUSED | r → Go to K15 |

CP, YP (receiving food stamps)
NSAF

K13. ¿Eran los beneficios de Cupones de Alimentos (Food Stamps) que (FILL "UD." IF K12=02, "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K12=01,03-14; "ESA PERSONA" IF K12=15) recibió para ambos adultos y niños o sólo para niños?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K12.

| | |
|---------------------------|----|
| ADULTS AND CHILDREN | 01 |
| JUST CHILDREN..... | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (receiving food stamps)
NSAF

K14. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K12=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K12=01,03-14; "ESA PERSONA" IF K12=15) en Cupones de Alimentos en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K12.

| | |
|------------------|---------------------|
| \$_____. | 00 AMOUNT (0-2,000) |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
NSAF

K15. En (LAST MONTH), ¿**recibió** alguien algún pago de mantenimiento de niños (child support)?

INTERVIEWER: ALTERNATIVE WORDS FOR “CHILD SUPPORT” ARE “pensión alimenticia,” “manutención infantil” and “manutención de niños”

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to K18 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP, YP (receiving child support payments)
Created

K16. ¿Quién en el hogar recibió pagos de mantenimiento de niños (child support) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE O3) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| RESPONDENT | 01 |
| (NAME) | 02 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 03-14 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d → Go to K18 |
| REFUSED..... | r → Go to K18 |

CP, YP (receiving child support payments)

K17. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL “UD.” IF K16=02; “INSERT RECIPIENT’S NAME” IF K16=01,03-14; “ESA PERSONA” IF K16=15) en pagos de mantenimiento de niños en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K16.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-5,000)

| | |
|-----------------|---|
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP, YP
Created

K18. Sin reparar en si o no recibió pagos, ¿se le debe a Ud. cualquier pago de mantenimiento de niños (child support) para (NAME)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
NSAF

K19. En (LAST MONTH), ¿recibió alguien algún pago para cuidado de crianza (foster care)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

} → Go to K22

CP, YP (receiving foster care payments)
Created

K20. ¿Quién en su hogar recibió algún pago para cuidado de crianza (foster care) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION) AND HOUSEHOLD MEMBERS UNDER THE AGE OF 18.

Code all that apply

RESPONDENT 01
(NAME) 02
LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 03-14
OTHER (SPECIFY)..... 15

DON'T KNOW..... d → Go to K22
REFUSED..... r → Go to K22

CP, YP (receiving foster care payments)
NSAF

K21. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K20=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K20=01,03-14; "ESA PERSONA" IF K20=15) para cuidado de crianza (foster care) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K20.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-1,000)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created/NSAF

K22. En (LAST MONTH), ¿alguien en su hogar, además de (NAME) recibió algún pago del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income), o SSI?

PROBE: SSI, o Seguridad de Ingreso Suplementario proporciona pagos mensuales a personas ancianas, ciegas o incapacitadas con ingresos, recursos, o bienes limitados. Cheques federales de SSI son depositados automáticamente en el banco, o enviados por correo, para llegar el primero de cada mes. Cuando son enviados por correo, vienen en un sobre de color azul.

YES 01 → Continue
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ Go to K25

CP, YP (someone else in household receives SSI)
Created

K23. ¿Quién en su hogar, además de (NAME) recibió un pago de SSI el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

RESPONDENT 02
LIST HOUSEHOLD MEMBERS 03-14
OTHER (SPECIFY) ✓ 15

DON'T KNOW d → Go to K25
REFUSED r → Go to K25

CP, YP (someone else in household receives SSI)
NSAF

K24. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K23=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K23=03-14; "Esa persona" IF K23=15) en pagos de SSI en (LAST MONTH) sin contar pagos para (NAME) si los hubo?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K23.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-1,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP
NSAF

K25. En (LAST MONTH), ¿recibió cualquier persona en el hogar algún pago de seguro social (Social Security)? Estos incluyen beneficios de jubilación, beneficios de sobrevivientes (survivor's benefits), o seguro de incapacidad de seguro social (Social Security Disability Insurance), también conocido por las siglas en inglés SSDI.

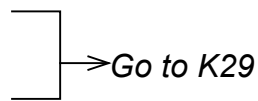
PROBE: SSDI es distinto de SSI porque SSDI se base en la historia de trabajo de una persona en el pasado, y no en su necesidad financiera.

YES 01

NO 00

DON'T KNOW d

REFUSED r



CP, YP (someone in household receives other SSI payment)
Created

K26. ¿Quién en el hogar recibió otros pagos de seguro social, el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE O3) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

RESPONDENT 01

(NAME) 02

LIST HOUSEHOLD MEMBERS 03-14

OTHER (SPECIFY) ↴ 15

DON'T KNOW d → Go to K29

REFUSED r → Go to K29

CP, YP (someone in household receives other SSI payment)
Created

K27. ¿Qué tipo de pago de seguro social recibió (FILL "UD." IF K26=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K26=01, 03-14; "ESA PERSONA" IF K26=15) ¿Fue...

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K26.

Read list, code all that apply

- Beneficios de jubilación (Retirement)..... 01
- Beneficios de Sobrevivientes (Survivors)..... 02
- Seguro de Incapacidad del Seguro Social
Social security disability insurance, o SSDI 03
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)..... 04

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP (someone in household receives other SSI payment)
NSAF

K28. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K26=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K26=01, 03-14; "ESA PERSONA" IF K23=15) en otros pagos de SSI en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K26.

\$_____00 AMOUNT (0-5,000)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP, YP
NSAF

K29. En (LAST MONTH), ¿recibió cualquier persona en el hogar algún tipo de pensión o pago de una anualidad (annuity)?

PROBE: Una anualidad es un pago mensual fijo, por un periodo de tiempo fijo. Muchas veces, las fuentes de pagos de anualidades son cuentas de jubilación, pagos de seguros, o ganancias de loterías.

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to K32

CP, YP (someone in household receives pension/annuity payments)
Created

K30. ¿Quién en el hogar recibió pagos de pensión o de anualidad (annuity) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| RESPONDENT | 01 |
| (NAME) | 02 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 03-14 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d → Go to K32 |
| REFUSED | r → Go to K32 |

CP, YP (someone in household receives pension/annuity payments)
NSAF

K31. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K30=02; "INSERT RECIPIENT'S NAME" IF K30=01, 03-14; "ESA PERSONA" IF K30=15) en pagos de pensión o de anualidad en (LAST MONTH)

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K30.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-5,000)

| | |
|------------------|---|
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
NSAF

K32. En (LAST MONTH), ¿recibió cualquier persona en el hogar algún pago de cualquier otra fuente que no fue mencionada, tal como de pensión de divorcio (alimony), contribuciones de familia o amistades, pagos de veteranos (VA), compensación de trabajadores (worker's compensation), o compensación de desempleo (unemployment)?

| | |
|------------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

→ Go to K35

CP, YP (someone in household receives other payments)
Created

K33. ¿Quién en su hogar recibió estos pagos?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 03) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A42, EXCLUDING THE RESPONDENT (IN FIRST POSITION).

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|--------------|
| RESPONDENT | 01 |
| (NAME) | 02 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 03-14 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d→ Go to K35 |
| REFUSED | r→ Go to K35 |

CP, YP (someone in household receives other payments)
NSAF

K34. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL “UD.” IF K33=02; “INSERT RECIPIENT’S NAME” IF K33=01, 03-14; “ESA PERSONA” IF K33=15) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K33.

\$_____00 AMOUNT (0-5,000)

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

CP, YP
Created

K35. Para los propósitos de esta encuesta, es importante aprender cuales fueron los ingresos, en total, que recibieron todos los miembros de su hogar en (LAST MONTH). Esto incluye dinero de empleos, y de las fuentes de las cuales acabamos de hablar. ¿Cuál fue el ingreso total del mes pasado, antes de impuestos y deducciones? (IF K11=01, RECEIVING FOOD STAMPS, FILL “POR FAVOR NO INCLUYA EL VALOR DE SUS CUPONES DE ALIMENTOS (FOOD STAMPS).”)

PROBE: Incluya dinero de todas las fuentes, y de todos los miembros de su hogar.

\$_____00 AMOUNT (0-99,999) → Go to K37

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

K36. En (LAST MONTH), ¿diría Ud. que el ingreso mensual de su hogar fue:

A. menos o más de \$500?

BELOW 01 → *Go to K37*
AT OR ABOVE 02
DON'T KNOW d → *Go to K37*
REFUSED r → *Go to K37*

B. menos o más de \$750?

BELOW 01
AT OR ABOVE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created

K37. Supóngase por un momento que cada mes, su familia tendría \$100 adicionales para gastar (IF K35>0, FILL "O SEA, QUE SUS INGRESOS MENSUALES SERIAN (INSERT AMOUNT FROM K35+\$100)". ¿En qué gastaría Ud. los \$100 adicionales?

Do not read list, code all that apply

| | |
|--|--------------|
| DISABILITY CARE, EQUIPMENT, OR SUPPLIES FOR (NAME) | 01 |
| FOOD | 02 |
| PERSONAL ITEMS (CLOTHING, TOYS, ETC.)..... | 03 |
| HOUSING (MOVE INTO DIFFERENT HOME/ FIX HOME) | 04 |
| TRANSPORTATION (BUY A CAR/FIX CAR/ BUY GAS) | 05 |
| ENTERTAINMENT/LEISURE/TRAVEL | 06 |
| DEBT REDUCTION..... | 07 |
| SAVINGS..... | 08 |
| HEALTH INSURANCE..... | 09 |
| EDUCATION/TRAINING..... | 10 |
| OTHER (SPECIFY)↴ | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d→ Go to K40 |
| REFUSED..... | r→ Go to K40 |

CP, YP

K38. CHECK: Is more than one answer coded in K37?

| | |
|----------|---------------|
| YES..... | 01→ Continue |
| NO | 00→ Go to K40 |

CP, YP
Created

K39. ¿En qué cosa gastaría primero?

PROBE: ¿Cuál sería su primera prioridad?

Do not read list, code only one answer

| | |
|-------------------------------|-------|
| LIST RESPONSES FROM K37 | 01-11 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
Created

K40. Supóngase por un momento que cada mes, su familia tendría \$100 menos para gastar (IF K35=>\$100, FILL "O SEA, QUE SUS INGRESOS MENSUALES SERIAN INSERT AMOUNT FROM K35-\$100"). ¿Qué haría para arreglárselas?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|--------------|
| CUT BACK ON DISABILITY CARE, EQUIPMENT OR SUPPLIES FOR (NAME)..... | 01 |
| CUT BACK ON FOOD | 02 |
| CUT BACK ON PERSONAL ITEMS (CLOTHING, TOYS, ETC.) | 03 |
| MOVE TO NEW PLACE | 04 |
| CUT BACK ON ENTERTAINMENT/LEISURE.. | 05 |
| USE SAVINGS..... | 06 |
| GET A JOB/ GET A BETTER JOB..... | 07 |
| SEEK ASSISTANCE FROM GOVERNMENT... | 08 |
| SEEK ASSISTANCE FROM FRIENDS, FAMILY, CHARITY | 09 |
| COULDN'T DO IT/CAN'T HAPPEN | 10 |
| NO SPECIFIC THING/SPEND LESS ALL AROUND | 11 |
| OTHER (SPECIFY)→..... | 12 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d→ Go to K43 |
| REFUSED | r→ Go to K43 |

CP, YP

K41. CHECK: Is more than one answer coded in K40?

| | |
|-----------|---------------|
| YES | 01→ Continue |
| NO | 00→ Go to K43 |

CP, YP
Created

K42. ¿Qué haría primero?

Do not read list, code only one answer

| | |
|-------------------------------|-------|
| LIST RESPONSES FROM K40 | 01-12 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
Created

K43. Ahora quiero hacer unas preguntas acerca de 1996. En 1996, (FILL “CUANDO (NAME) TENÍA ALREDEDOR DE LOS (INSERT NAME’S AGE IN 1996) AÑOS”; IF NOT BORN IN 1996, THEN BLANK), ¿tenía Ud. un(a) esposo(a) o pareja(a), viviendo con usted?

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K44. Según lo que Ud. recuerda, en 1996, (FILL “CUANDO (NAME) TENÍA ALREDEDOR DE LOS (INSERT NAME’S AGE IN 1996) AÑOS”; IF NOT BORN IN 1996, THEN BLANK) ¿cualquier persona en su hogar recibió pagos de la oficina del bienestar público household (welfare), incluyendo Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance)? No le voy a preguntar la suma de dinero, sólo si alguien lo recibió o no lo recibió.

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K45. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún pago del programa de Asistencia General (general assistance) de su estado?

PROBE: Las personas de ingresos bajos y las familias que cumplen los criterios de elegibilidad para programas de asistencia general reciben un beneficio financiero mensual para ayudar a cubrir necesidades básicas tales como alquiler, comida y ropa.

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K46. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió Cupones de Alimentos (Food Stamps)?

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K47. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún pago de mantenimiento de niños (child support)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K48. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún pago por cuidado de crianza (foster care)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K49. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar (IF (NAME) BORN BEFORE 1996, FILL "ADEMÁS DE (NAME)"; ELSE BLANK), recibió algún pago de Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario), o SSI?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K50. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún otro pago del Seguro Social? Estos incluyen beneficios de jubilación, beneficios de sobrevivientes (survivor's benefits), o seguro de incapacidad de seguro social (Social Security Disability Insurance), también conocido por las siglas en inglés SSDI.

PROBE: SSDI es distinto de SSI porque SSDI se base en la historia de trabajo de una persona en el pasado, y no en su necesidad financiera.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP, YP
Created

K51. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún otro tipo de pensión o anualidad (annuity)?

PROBE: Una anualidad es un pago mensual fijo, por un periodo de tiempo fijo. Muchas veces, las fuentes de pagos de anualidades son cuentas de jubilación, pagos de seguros, o ganancias de loterías.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created

K52. En 1996, ¿cualquier persona en su hogar recibió algún pago de cualquier otra fuente que no fue mencionada, tal como de pensión de divorcio (alimony), contribuciones de familia o amistades, pagos de veteranos (VA), compensación de trabajadores (worker's compensation), o compensación de desempleo (unemployment)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

K53. Ahora quiero que piense en los últimos 12 meses. En los últimos 12 meses, ¿estaba Ud. o alguna persona en este hogar en el programa de nutrición de WIC, (Women, Infants, and Children's nutrition program)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

K54. En los últimos 12 meses, ¿recibió este hogar alguna asistencia de energía (energy assistance) del gobierno federal, estatal, o local?

PROBE: Asistencia de energía (Energy assistance) es ayuda para pagar las cuentas de las utilidades.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
NSAF

K55. En los últimos 12 meses, ¿recibió cualquiera de los niños que viven con Ud. almuerzos en la escuela, gratis o a precio reducido, porque estaban calificados para el Federal School Lunch Program (Programa Federal de Almuerzos de Escuela)?

YES..... 01
NO..... 00
CHILD(REN) NOT IN SCHOOL 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

K56. Ahora le quiero preguntar acerca de los bienes (assets) de su hogar. Estos son recursos que le(s) pertenecen a Ud. (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF B2=01; "Y SU PAREJO(A)" IF B2=02; ELSE BLANK), y podrían convertir a dinero en efectivo.

En (LAST MONTH), ¿le(s) pertenecían a Ud. (FILL "Y A SU ESPOSO(A)" IF B2=01; Y A SU "PAREJO(A)" IF B2=02; ELSE BLANK), sólo(s) o con alguien más, cualquiera de las siguientes cosas?

Read list, mark yes or no for each. If yes, follow-up with value.

| ITEM | | ¿Cuál era el valor de sus (INSERT ITEM) de Ud. (FILL "Y DE SU ESPOSO(A)" IF B2=01; "Y DE SU PAREJO(A)" IF B2=02; ELSE BLANK), al fin de (LAST MONTH)? |
|--|--|--|
| A. Sus cuentas de cheque (Checking accounts) | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$ _____ .00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 + 01 < \$500 02 Don't Know d Refused r |
| B. Sus cuentas de ahorros (Savings accounts) | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$ _____ .00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 + 01 < \$500 02 Don't Know d Refused r |

| ITEM | | ¿Cuál era el valor de sus (INSERT ITEM) de Ud. (FILL “Y DE SU ESPOSO(A)” IF B2=01; “Y DE SU PAREJO(A)” IF B2=02; ELSE BLANK), al fin de (LAST MONTH)? |
|--|--|--|
| C. Sus certificados de depósitos, notas bancarias, títulos de valores, acciones o “stocks”, fondos mutuales, o bonos | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| D. Su dinero en efectivo (cash) en su casa con Ud.o en manos de otra persona PROBE: Todo el dinero que tiene, lo que no está en el banco. | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| E. Sus artículos personales o del hogar con valor de más de \$500 cada uno | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |

| | | |
|---|--|--|
| ITEM | | ¿Cuál era el valor de sus (INSERT ITEM) de Ud. (FILL “Y DE SU ESPOSO(A)” IF B2=01; “Y DE SU PAREJO(A)” IF B2=02; ELSE BLANK), al fin de (LAST MONTH)? |
| F. Su dinero reservado para gastos de entierro, tales como contratos de entierro, o arreglos fiduciarios de Ud. | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-20,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| G. Cualquier otro artículo que puede ser convertido a dinero en efectivo, sin incluir carros u otros vehículos y su casa, si Ud. es (la/el) dueña(o). | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |

CP, YP
Created

K57. ¿Cuántos carros le(s) pertenecen a Ud. (FILL “Y A SU ESPOSO(A)” IF B2=01; “Y A SU PAREJO(A)” IF B2=02; ELSE BLANK), si los hay?

PROBE: No incluya carros u otros vehículos que se arrendan

0 00 → Go to K64
1 01 → Continue
2 or more 02 → Go to K60
DON'T KNOW d → Go to K64
REFUSED r → Go to K64

CP, YP (household w/one car)
Created

K58. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría vender?

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (household w/one car)
Created

K59. Más o menos, ¿cuánto aún debe por ese carro, si aún tiene deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "00,000" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| (0-40,000) → Go to K64

DON'T KNOW d → Go to K64

REFUSED r → Go to K64

CP, YP (household w/more than one car)
Created

K60. Por favor piense en su carro más viejo. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría vender?

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (household w/more than one car)
Created

K61. Más o menos, ¿cuánto aún debe por ese carro, si aún tiene deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "00,000" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (household w/more than one car)
Created

K62. Por favor piense en su siguiente carro más viejo. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría vender?

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (household w/more than one car)
Created

K63. Más o menos, ¿cuánto aún debe por ese carro, si aún tiene deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "00,000" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP

K64. CHECK NAME'S AGE: IS NAME...

16+ 01 → Continue

<16 00 → Go to K68

CP, YP (age 16+)
Created

K65. ¿Tiene (NAME) su propio carro?

YES 01

NO 00

DON'T KNOW d

REFUSED r

} → Go to K68

CP, YP (name owns a car)
Created

K66. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría vender?

\$|_|_|_|,|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP (name owns a car)
Created

K67. Más o menos, ¿cuánto aún debe por ese carro, si aún tiene deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "00,000" if car is paid for.

\$|_|_|_|,|_|_|_| (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP, YP
MEPS (modified)

K68. ¿Tiene Ud. (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF B2=01; Y SU "PAREJO(A)" IF B2=02; ELSE BLANK) deudas tales como de balances de tarjetas de crédito (credit card), deudas médicas, préstamos de pólizas de seguro de vida (life insurance), préstamos de parientes o familiares, etc.? Por favor no incluya deudas por hipotecas (mortgage) o dinero que Ud. debe por vehículos motorizados.

YES 01

NO 00

DON'T KNOW d

REFUSED r

} → Go to Part L

CP, YP (has other debts)
MEPS

K69. Más o menos, ¿a qué suma llegan estas deudas?

Read list if necessary

| | |
|-------------------------|----|
| \$0 | 01 |
| \$1 - 500 | 02 |
| \$501 – 1,000 | 03 |
| \$1,001 – 5,000 | 04 |
| \$5,001 – 10,000 | 05 |
| \$10,001 – 25,000 | 06 |
| \$25,001 – 50,000 | 07 |
| Over \$50,000 | 08 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP (has other debts)
Created

K70. ¿Más o menos cuánto de esta deuda es relacionada al cuidado (a la atención) medico(a) de (NAME), o a servicios o provisiones para (NAME)?

Read list if necessary

| | |
|-------------------------|----|
| \$0 | 01 |
| \$1 - 500 | 02 |
| \$501 – 1,000 | 03 |
| \$1,001 - 5,000 | 04 |
| \$5,001 – 10,000 | 05 |
| \$10,001 – 25,000 | 06 |
| \$25,001 – 50,000 | 07 |
| Over \$50,000 | 08 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

GO TO PART L

YA, YX

K71. CHECK A91: IS NAME LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN?

| | |
|----------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |

YA, YX
MPR

K72. Además de las ganancias por trabajar, la gente con frecuencia recibe otros ingresos: del gobierno, de instituciones privadas, o de sus propios ahorros. Le quiero hacer algunas preguntas acerca de todas los otros ingresos recibidos en (LAST MONTH) por (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "Y CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01), incluyendo a (INSERT NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A91).

En (LAST MONTH) recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01) pagos de la oficina del Bienestar Público (welfare office), incluyendo Asistencia de Emergencia (Emergency Assistance)?

PROBE: Esto incluye dinero que (FILL "UD" IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) u otros quizás recibieron por participar en una actividad de trabajo o entrenamiento.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to K76 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YA, YX (living in own household, receiving welfare)
Created

K73. (ASK IF K71=01, (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN; ELSE GOTO K76) ¿Quién en el hogar recibió pagos de la oficina del Bienestar Público (welfare)?

PROBE: ¿A quién le dieron el pago?

PROGRAMMER NOTE: THE RESPONSE LIST (STARTING WITH CODE 02) SHOULD BE CUSTOMIZED TO INCLUDE NAMES OF HOUSEHOLD MEMBERS FROM A91.

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| (NAME) | 01 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 02-14 |
| OTHER (SPECIFY)↙..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d → Go to K76 |
| REFUSED..... | r → Go to K76 |

YA, YX (living in own household, receiving welfare)

MPR

K74. ¿Fue (FILL "UD." IF K73=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K73=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K73=02-14; "ESA PERSONA" IF K73=15) requerida(o)s a trabajar, asistir a una escuela o entrenamiento, buscar trabajo, o hacer cualquier otra cosa, para poder recibir estos beneficios?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K73.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX (living in own household, receiving welfare)

MPR

K75. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K73=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K73=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K73=02-14; "ESA PERSONA" IF K73=15) en pagos del bienestar público (welfare) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K73.

\$.....00 AMOUNT (0-2,000)

DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX

MPR

K76. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR CUALQUIER" IF K71=01; ELSE BLANK) OTRO tipo de asistencia del bienestar público (welfare), tal como ayuda para encontrar un empleo, colocación en programas de educación o entrenamiento, o ayuda en transporte o con el cuidado de niños (child care)?

PROBE: Por favor incluya solo asistencia recibida por el bienestar público.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r
] -> Go to K78

YA, YX (living in own household, receiving other welfare assistance)

Created

K77. (ASK IF K71=01, NAME IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN; ELSE SET K77=01, GOTO K78) ¿Quién en el hogar recibió esta ayuda?

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|-------|
| (NAME) | 01 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 02-14 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX (living in own household)

NSAF

K78. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algún pago del programa de asistencia general (general assistance) de su estado?

PROBE: Las personas de ingresos bajos y las familias que cumplen los criterios de elegibilidad para programas de asistencia general reciben un beneficio financiero mensual para ayudar a cubrir necesidades básicas tales como alquiler, comida y ropa.

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to K81 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

YA, YX (living in own household, receiving state general assistance payments)

Created

K79. (IF K71=01, (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN, ELSE SET K79=01, GO TO K80) ¿A quién en el hogar, le dieron el pago del programa de asistencia general (general assistance)?

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| (NAME) | 01 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 02-14 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d → Go to K81 |
| REFUSED | r → Go to K81 |

YA, YX (living in own household, receiving state general assistance payments)

NSAF

K80. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K79=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K79=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K79=02-14; "ESA PERSONA" IF K79=15) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K79.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-2,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YA, YX

NSAF

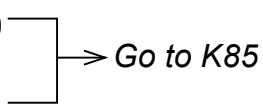
K81. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algunos Cupones de Alimentos (Food Stamps)?

YES 01

NO 00

DON'T KNOW d

REFUSED r



YA, YX (receiving food stamps)

Created

K82. (IF K71=01 (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN, ELSE SET K82=01, GOTO K85) ¿Quién en el hogar recibió cupones de alimentos (Food Stamps)?

PROBE: ¿Quién estaba autorizada(o) para recibir Cupones de Alimentos (Food Stamps) el mes pasado?

Code all that apply

(NAME) 01

LIST HOUSEHOLD MEMBERS 02-14

OTHER (SPECIFY) ✓ 15

DON'T KNOW d → Go to K85

REFUSED r → Go to K85

YA, YX (receiving food stamps)
NSAF

K83. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL “UD.” IF K82=01 AND RTYPE=02; “NAME” IF K82=01 AND RTYPE=03; “(INSERT RECIPIENT’S NAME)” IF K82=02-14; “ESA PERSONA” IF K82=15) en Cupones de Alimentos el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K82.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-2,000)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX (receiving food stamps)
Created

K84. ¿Eran los beneficios de Cupones de Alimentos (Food Stamps) para ambos adultos y niños, o sólo para niños?

ADULTS AND CHILDREN 01
JUST CHILDREN 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX

K85. CHECK IF A91D_2-D_15=11: Does (NAME) have his/her own children living with him/her?

YES 01 → *Continue*
NO 00 → *Go to K90*

YA, YX (own children in household)
NSAF

K86. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (FILL “O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR” IF K71=01; ELSE BLANK) algún pago de mantenimiento de niños (child support)?

INTERVIEWER: ALTERNATIVE WORDS FOR “CHILD SUPPORT” ARE “pensión alimenticia,” “manutención infantil” and “manutención de niños”.

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to K89*

YA, YX (own children in household, receiving child support payments)

Created

K87. (IF K71=01, NAME IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN, ELSE SET K87=01, GOTO K89) ¿Quién en el hogar recibió pagos de mantenimiento de niños (child support) el mes pasado?

Code all that apply

(NAME) 01
 LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 02-14
 OTHER (SPECIFY)↴..... 15

DON'T KNOW d → Go to K89
 REFUSED r → Go to K89

YA, YX (own children in household, receiving child support payments)

K88. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD" IF K87=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K87=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K87=02-14; "ESA PERSONA" IF K87=15) en pagos de mantenimiento de niños (child support) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K87.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-5,000)

DON'T KNOW d
 REFUSED r

YA, YX (own children in household)

Created

K89. Sin reparar en si recibió o no recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) algún pago, ¿se le debe a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) cualquier pago de mantenimiento de niños (child support)?

YES 01
 NO 00
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

YA, YX
NSAF

K90. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algún pago para cuidado de crianza (foster care)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ Go to K93

YA, YX (receiving foster care payments)
Create

K91. (IF K71=01, (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN, ELSE SET K91=01, GOTO K92) ¿Quién en el hogar recibió algún pago para cuidado de crianza (foster care) el mes pasado?

Code all that apply

(NAME)..... 01
LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 02-14
OTHER (SPECIFY)..... 15

DON'T KNOW..... d → Go to K93
REFUSED..... r → Go to K93

YA, YX (receiving foster care payments)
NSAF

K92. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K91=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K91=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)"; IF K91=02-14 "ESA PERSONA" IF K91=15) en pagos para cuidado de crianza (foster care) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K91.

\$_____ .00 AMOUNT (0-5,000)

DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX

K93. CHECK: Is K71=01, (NAME) living with his/her own spouse or children?

YES..... 01 → Continue
NO..... 00 → Go to K97

YA, YX (living with spouse/children)
Created/NSAF

K94. En (LAST MONTH), ¿Recibió alguien en (FILL "SU HOGAR" IF RYTPE=02; "EL HOGAR DE NAME" IF RTYPE=03), además de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) cualquier pago del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI?

PROBE: SSI, o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income) proporciona pagos mensuales a personas ancianas, ciegas o incapacitadas, con ingresos, recursos, o bienes limitados. Cheques federales de SSI son depositados automáticamente en el banco, o enviados por correo, para llegar el primero de cada mes. Cuando son enviados por correo, vienen en un sobre de color azul.

| | | | |
|-----------------|----|---|-------------|
| YES..... | 01 | → | Continue |
| NO..... | 00 | } | → Go to K97 |
| DON'T KNOW..... | d | | |
| REFUSED..... | r | | |

YA, YX (someone else in household receives SSI)
Created

K95. ¿Quién en el hogar además de (FILL "UD" IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) recibió algún pago de SSI el mes pasado?

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|---------------|
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 02-14 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d → Go to K97 |
| REFUSED..... | r → Go to K97 |

YA, YX (someone else in household receives SSI)
NSAF

K96. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K95=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K95=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K95=02-14; "ESA PERSONA" IF K95=15) en pagos de SSI el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K95.

\$_____00 AMOUNT (0-1,000)

| | |
|-----------------|---|
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX
NSAF

K97. En (LAST MONTH), ¿recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algún otro pago del Seguro Social (Social Security)? Estos pueden incluir beneficios de jubilación, beneficios de sobrevivientes (survivor's benefits), o seguro de incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance), también conocido por las siglas en inglés SSDI.

PROBE: SSDI es diferente de SSI porque SSDI es basado en la historia del trabajo en el pasado de una persona, y no en sus necesidades financieras.

| | | |
|-----------------|----|----------------|
| YES..... | 01 | } → Go to K101 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YA, YX (living with spouse/children, someone in household receives other SSA payment)
Created

K98. (IF K71=01, (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN ELSE SET K98=01, GOTO K99) ¿Quién en el hogar recibió pagos del Seguro Social (Social Security) el mes pasado?

Code all that apply

| | |
|-----------------------------|----------------|
| (NAME)..... | 01 |
| LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... | 02-14 |
| OTHER (SPECIFY) ↓..... | 15 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d → Go to K101 |
| REFUSED..... | r → Go to K101 |

YA, YX (someone in household receives other SSA payment)

Created

K99. ¿Qué otro tipo de pagos del seguro social (social security) recibió (FILL "UD." IF K98=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K98=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K98=02-14; "ESA PERSONA" IF K98=15)? ¿Fue...

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K98.

Read list, code all that apply.

- Beneficios de jubilación (Retirement)..... 01
- Beneficios de Sobrevivientes (Survivors)..... 02
- Seguro de Incapacidad del Seguro Social
Social security disability insurance, or SSDI 03
- SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)..... 04
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA, YX (someone in household receives other SSA payment)

NSAF

K100. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K98=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K98=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K98=02-14; "ESA PERSONA" IF K98=15) en otros pagos del Seguro Social (Social Security) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K98.

\$_____00 AMOUNT (0-5,000)

- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA, YX

NSAF

K101. En (LAST MONTH), ¿Recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algún tipo de pensión o pago de una anualidad (annuity)?

PROBE: Una anualidad es un pago mensual fijo, por un periodo de tiempo fijo. Muchas veces, las fuentes de pagos de anualidades son cuentas de jubilación, pagos de seguros, o ganancias de loterías.

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to K104

YA, YX (someone in household receives pension/annuity payments)
Created

K102. (IF K71=01, NAME IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN; ELSE SET K102=01, GOTO K103) ¿Quién en el hogar recibió pagos de pensión o de anualidad (annuity) el mes pasado?

Code all that apply

(NAME) 01
LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 02-14
OTHER (SPECIFY)..... 15

DON'T KNOW d → Go to K104
REFUSED r → Go to K104

YA, YX (someone in household receives pension/annuity payments)
NSAF

K103. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K102=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF K102=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K102=02-14; "ESA PERSONA" IF K102=15) en pagos de pensión o de anualidad (annuity) el mes pasado?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT IDENTIFIED IN K102.

\$_____00 AMOUNT (0-5,000)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
NSAF

K104. En (LAST MONTH), ¿Recibió (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) algún pago de cualquier otra fuente que no fue mencionada, tal como de pensión de divorcio (alimony), contribuciones de familia o amistades, pagos de veteranos (VA), compensación de trabajadores (worker's compensation), o compensación de desempleo (unemployment)?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to K107

YA, YX (someone in household receives other payments)
Created

K105. (IF K71=01, (NAME) IS LIVING WITH HIS/HER OWN SPOUSE OR CHILDREN;
ELSE SET K105=01, GOTO K106) ¿Quién en el hogar recibió estos pagos?

Code all that apply

(NAME).....01
LIST HOUSEHOLD MEMBERS..... 02-14
OTHER (SPECIFY)↙..... 15

DON'T KNOW d→ Go to K107
REFUSED r→ Go to K107

YA, YX (someone in household receives other payments)
NSAF

K106. ¿Cuánto, en total, recibió (FILL "UD." IF K105=01 AND RTYPE=02; "NAME" IF
K105=01 AND RTYPE=03; "(INSERT RECIPIENT'S NAME)" IF K105=02-14; "ESA
PERSONA" IF K105=15) en (LAST MONTH)?

PROGRAMMER NOTE: REPEAT QUESTION FOR EACH RECIPIENT
IDENTIFIED IN K105.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-5,000)

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX

K107. CHECK: Is (NAME) living with his/her own spouse or children?

YES..... 01→ Continue
NO..... 00→ Go to K110

YA, YX (living with spouse/children)

Created

K108. Para los propósitos de esta encuesta, es importante aprender cuales fueron los ingresos, en total, que recibieron todos los miembros (FILL "DE SU HOGAR" IF RTYPE=02 ; "DEL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03) en (LAST MONTH). Esto incluye dinero de empleos, y de las fuentes de las cuales acabamos de hablar. ¿Cuál fue el ingreso total de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) el mes pasado, antes de impuestos y deducciones? (IFK81=01, RECEIVING FOOD STAMPS, FILL "POR FAVOR NO INCLUYA EL VALOR DE SUS CUPONES DE ALIMENTOS (FOOD STAMPS)"; ELSE BLANK).

PROBE: Incluya dinero de todas las fuentes, y de todos los miembros (FILL "DE SU HOGAR" IF RTYPE=02; "DEL HOGAR DE NAME" IF RTYPE=03) en (LAST MONTH).

\$ _____ .00 AMOUNT (0-99,999) → Go to K112

DON'T KNOW d

REFUSED r

YA, YX (living with spouse/children)
Created

K109. En (LAST MONTH), ¿diría Ud. que el ingreso mensual (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=02; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03) fue:

A. menos o más de \$500?

BELOW 01 → *Go to K112*
AT OR ABOVE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

B. menos o más de \$750?

BELOW 01
AT OR ABOVE 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

Go to K112

YA, YX (not living with spouse/children)
Created

K110. Para los propósitos de esta encuesta, es importante aprender cuales fueron los ingresos, en total, que recibio (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) en (LAST MONTH). Esto incluye dinero de empleos, y de las fuentes de las cuales acabamos de hablar. ¿Cuál fue el ingreso total de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME IF RTYPE=03) el mes pasado, antes de impuestos y deducciones? (IF K81=01, RECEIVING FOOD STAMPS, FILL "POR FAVOR NO INCLUYA EL VALOR DE SUS CUPONES DE ALIMENTOS (FOOD STAMPS)").

PROBE: Incluya dinero de todas las fuentes.

\$ _____ .00 AMOUNT (0-10,000) → *Go to K112*

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX (not living with spouse/children)
Created

K111. En (LAST MONTH), ¿diría Ud. que el ingreso mensual de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) fue:

A. menos o más de \$500?

BELOW 01 → *Go to K112*
AT OR ABOVE..... 02
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

B. menos o más de \$750?

BELOW 01
AT OR ABOVE..... 02
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

YA, YX
Created

K112. Supóngase por un momento que cada mes, (FILL "UD." IF RTYPE=02 ; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) tendría \$100 adicionales para gastar (IF K108 or K110=> \$100, FILL "O SEA, QUE SUS INGRESOS MENSUALES SERÍAN (INSERT AMOUNT FROM K108 or K110+\$100); ELSE BLANK). ¿En qué gastaría (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) los \$100 adicionales?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| DISABILITY CARE, EQUIPMENT, OR SUPPLIES FOR NAME | 01 |
| FOOD | 02 |
| PERSONAL ITEMS (CLOTHING, TOYS, ETC.)..... | 03 |
| HOUSING (MOVE INTO DIFFERENT HOME/ FIX HOME) | 04 |
| TRANSPORTATION (BUY A CAR/FIX CAR/ BUY GAS) | 05 |
| ENTERTAINMENT/LEISURE/TRAVEL | 06 |
| DEBT REDUCTION..... | 07 |
| SAVINGS..... | 08 |
| HEALTH INSURANCE..... | 09 |
| EDUCATION/TRAINING..... | 10 |
| OTHER (SPECIFY)↴..... | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX

K113. CHECK: Is more than one answer coded in K112?

| | |
|----------|----------------|
| YES..... | 01→ Continue |
| NO | 00→ Go to K115 |

YA, YX
Created

K114. ¿En qué cosa lo gastaría (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) primero?

Do not read list, code only one answer

| | |
|-------------------------------|-------|
| LIST RESPONSES FROM K112..... | 01-11 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX
Created

K115. Supóngase por un momento que cada mes, (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "O CUALQUIER PERSONA EN SU HOGAR" IF K71=01; ELSE BLANK) tendría \$100 menos para gastar (IF K108 OR 110=> \$100, FILL "O SEA, QUE SUS INGRESOS MENSUALES SERÍAN (INSERT AMOUNT FROM K108 OR K110-\$100); ELSE BLANK). ¿Qué haría (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) para arreglárselas?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| CUT BACK ON DISABILITY CARE, EQUIPMENT OR SUPPLIES FOR (NAME)..... | 01 |
| CUT BACK ON FOOD | 02 |
| CUT BACK ON PERSONAL ITEMS (CLOTHING, TOYS, ETC.) | 03 |
| MOVE TO NEW PLACE | 04 |
| CUT BACK ON ENTERTAINMENT/LEISURE.. | 05 |
| USE SAVINGS..... | 06 |
| GET A JOB/ GET A BETTER JOB..... | 07 |
| SEEK ASSISTANCE FROM GOVERNMENT... | 08 |
| SEEK ASSISTANCE FROM FRIENDS, FAMILY, CHARITY | 09 |
| COULDN'T DO IT/CAN'T HAPPEN | 10 |
| NO SPECIFIC THING/SPEND LESS ALL AROUND | 11 |
| OTHER (SPECIFY)→..... | 12 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YA, YX

K116. CHECK: Is more than one answer coded in K115?

| | |
|----------|----------------|
| YES..... | 01→ Continue |
| NO | 00→ Go to K118 |

YA, YX
Created

K117. ¿Qué haría (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) primero?

Do not read list, code only one answer

| | |
|--------------------------------|-------|
| LIST RESPONSES FROM K115 | 01-12 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX

K118. CHECK: Is (NAME) living with his/her own spouse or children?

YES..... 01→ Continue
NO..... 00→ Go to K123

YA, YX (living with spouse/children)
NSAF

K119. Ahora quiero que piense en los últimos 12 meses. En los últimos 12 meses, ¿estaba (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 FILL ”O SU ESPOSO(A)”; ELSE BLANK) en el programa de nutrición de WIC, (Women, Infants, and Children’s nutrition program)?

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
NSAF

K120. En los últimos 12 meses, ¿recibió (FILL “SU HOGAR” IF RTYPE=02; “EL HOGAR DE (NAME)” IF RTYPE=03) alguna asistencia de energía (energy assistance) del gobierno federal, estatal, o local?

PROBE: Asistencia de energía (Energy assistance) es ayuda para pagar las cuentas de las utilidades.

YES..... 01
NO..... 00
DON’T KNOW d
REFUSED r

YA, YX

K121. CHECK A91: Does (NAME) have children living with him/her?

YES..... 00→ Continue
NO..... 01→ Go to K123

YA, YX (living with children)
NSAF

K122. En los últimos 12 meses, ¿recibió cualquiera de los niños que viven con (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) almuerzos en la escuela, gratis o a precio reducido, porque estaban calificados para el Federal School Lunch Program (Programa Federal de Almuerzos de Escuela)?

YES..... 01
NO..... 00
CHILD(REN) NOT IN SCHOOL 02
DON’T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
 Created (Source: SSI application)

K123. Ahora le quiero preguntar acerca de los bienes (assets) (FILL “DE SU HOGAR” IF RTYPE=02; “DEL HOGAR DE (NAME)” IF RTYPE=03). Estos son recursos que le pertenecen a (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10, FILL “Y SU ESPOSO(A)”); ELSE BLANK), y podrían convertir a dinero en efectivo.

En (LAST MONTH), ¿le pertenecía a (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10, FILL “ Y SU ESPOSO(A)”); ELSE BLANK), sólo o con alguien más, cualquiera de las siguientes cosas?

Read list, code yes or no for each. If yes, follow-up with value.

| ITEM | | ¿Cuál era el valor de (INSERT ITEM) de (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 AND RTYPE=02, FILL “Y DE SU ESPOSO(A)”); ELSE BLANK) al fin de (LAST MONTH)? |
|---|--|--|
| A. Sus cuentas de cheques (Checking accounts) | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$ _____ .00 (0-10,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 + 01 < \$500 02 Don't Know d Refused r |
| B. Sus cuentas de ahorros (Savings accounts) | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$ _____ .00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 + 01 < \$500 02 Don't Know d Refused r |

| ITEM | | ¿Cuál era el valor de (INSERT ITEM) de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 AND RTYPE=02, FILL "Y DE SU ESPOSO(A)"; ELSE BLANK) al fin de (LAST MONTH)? |
|--|--|---|
| C. Sus certificados de depósitos, notas bancarias, títulos de valores, acciones o "stocks", fondos mutuales, o bonos | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| D. Dinero en efectivo (cash) en su casa con (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) o con EL/ELLA o en manos de otra persona PROBE: Todo el dinero que tiene (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) que no está en el banco. | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| E. Sus artículos personales o del hogar con valor de más de \$500 cada uno | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |

| ITEM | | ¿Cuál era el valor de (INSERT ITEM) de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 AND RTYPE=02, FILL "Y DE SU ESPOSO(A)"; ELSE BLANK) al fin de (LAST MONTH)? |
|--|--|---|
| F. Su dinero reservado para gastos de entierro, tales como contratos de entierro, o arreglos fiduciarios | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-20,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |
| G. Cualquier otro artículo que puede ser convertido a dinero en efectivo, sin incluir a carros u otros vehículos, y su casa, si (FILL "UD" IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) es (el/la) dueño(a). | YES 01 NO 00 DON'T KNOW d REFUSED r | \$00 (0-100,000) IF DK/RF: ¿Era más o menos de \$500? \$500 +01 < \$50002 Don't Knowd Refusedr |

YA, YX
Created

K124. ¿Cuántos carros les pertenecen a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 FILL "Y SU ESPOSO(A)"; ELSE BLANK), si los hay?

PROBE : No incluya carros u otros vehículos motorizados que se arrendan.

0 00 → Go to K131
1 01 → Continue
2 or more 02 → Go to K127
DON'T KNOW d → Go to K131
REFUSED r → Go to K131

YA, YX (household w/one car)
Created

K125. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría(n) vender (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03)?

\$|_|_|_|,|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

YA, YX (household w/one car)
Created

K126. Más o menos, ¿cuánto aún debe(n) (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF A91D_2-A91D_14=10) por ese carro, si aún tiene(n) deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "0" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_| (0-40,000) → Go to K131

DON'T KNOW..... d → Go to K131

REFUSED..... r → Go to K131

YA, YX (household w/more than one car)
Created

K127. Por favor piense en el carro más viejo de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF A91D_2-A91D_14=10; ELSE BLANK),. ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría vender (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03)?

\$|_|_|_|,|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

YA, YX (household w/more than one car)
Created

K128. Más o menos, ¿cuánto aún debe(n) (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 FILL "Y SU ESPOSO(A)"; ELSE BLANK) por ese carro, si aún tiene(n) deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "0" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YA, YX (household w/more than one car)
Created

K129. Por favor piense en el siguiente carro más viejo (FILL "DE UD." IF RTYPE=02; "DE (NAME)" IF RTYPE=03) (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF A91D_2-A91D_14=10; ELSE BLANK), ¿Cuál es el valor estimado de ese carro?

PROBE: ¿Por cuánto lo podría(n) vender (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (FILL "Y SU ESPOSO(A)" IF A91D_2-A91D_14=10 A91D_14=10; ELSE BLANK)?

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| ESTIMATED VALUE (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YA, YX (household w/more than one car)
Created

K130. Más o menos, ¿cuánto aún debe(n) (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 FILL "Y SU ESPOSO(A)"; ELSE BLANK) por ese carro, si aún tiene(n) deuda?

PROBE: Una aproximación está bien.

ENTER "0" if car is paid for

\$|_|_|_|,|_|_|_|_| (0-40,000)

DON'T KNOW d

REFUSED r

YA, YX
MEPS (modified)

K131. ¿Tiene(n). (FILL “UD. IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (FILL “Y MIEMBROS DE SU HOGAR” IF K71=01; ELSE BLANK) deudas tales como de balances de tarjetas de crédito (credit card), deudas médicas, préstamos de pólizas de seguro de vida (life insurance), préstamos de parientes o familiares, etc.? Por favor no incluya deudas por hipotecas (mortgage) o dinero que (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) (IF A91D_2-A91D_14=10 FILL ”Y SU ESPOSO(A)”; ELSE BLANK) debe(n) por vehículos motorizados.

| | | |
|-----------------|----|-------------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to Part L</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

YA, YX (has other debts)
MEPS

K132. Más o menos, ¿a qué suma llegan estas deudas?

Read list if necessary

| | |
|------------------------|----|
| \$0..... | 01 |
| \$1 - 500..... | 02 |
| \$501 – 1,000..... | 03 |
| \$1,001 – 5,000..... | 04 |
| \$5,001 – 10,000..... | 05 |
| \$10,001 – 25,000..... | 06 |
| \$25,001 – 50,000..... | 07 |
| \$Over 50,000..... | 08 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

YA, YX (has other debts)

Created

K133. ¿Más o menos cuánto de esta deuda es relacionada al cuidado médico, o a servicios o equipo o provisiones para (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03)?

Read list if necessary

| | |
|-------------------------|----|
| \$0 | 01 |
| \$1 - 500 | 02 |
| \$501 – 1,000 | 03 |
| \$1,001 – 5,000 | 04 |
| \$5,001 – 10,000 | 05 |
| \$10,001 – 25,000 | 06 |
| \$25,001 – 50,000 | 07 |
| \$Over 50,000 | 08 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

PART L. HOUSING AND TRANSPORTATION

CP, YP, YA, YX

L1. CHECK AGE: Is (NAME)'s age....

<1701 → *Go to L8*
17+00 → *Continue*

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L2. Estas siguientes preguntas son acerca del lugar donde (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) vive.

(IF A10=05, NAME IS LIVING AT SCHOOL FILL: Por favor conteste acerca del lugar donde (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) vive, cuando (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) no está en la escuela.

¿Cuánto tiempo hace que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) vive allí?

|_|_| YEARS

LESS THAN A YEAR0
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX
 NHIS-D Adult Followback

L3. ¿Es este lugar un(a) . . .

Read list, code only one

| | |
|---|---------------|
| Casa para una sólo familia | 01 → Go to L8 |
| Casa móvil (Mobile home)..... | 02 → Go to L8 |
| Apartamento regular..... | 03 → Go to L8 |
| Apartamento bajo supervisión | 04 |
| Hogar de grupo (Group home) | 05 |
| Hogar Intermedio (Halfway house)..... | 06 |
| Hogar de Cuidado Personal, o de Alojamiento y cuidado (Personal care or board and care home)..... | 07 |
| Hogar o residencia de vivienda asistida (Assisted living facility) | 08 |
| Hogar de Convalecencia (Nursing or convalescent home)..... | 09 |
| Centro de Vida Independiente (Center for Independent Living)..... | 10 |
| Algún otro tipo de residencia de grupo o Instalación bajo supervisión | 11 |
| ¿Alguna otra cosa? (SPECIFY) ↓..... | 12 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (not in mobile/single family home or apartment)
 NHIS-D Adult Followback

L4. ¿Sirve este lugar principalmente o exclusivamente a personas con impedimentos de vista o del oído, enfermedad mental, retardación mental, o incapacidades de desarrollo?

| | |
|------------------|----|
| YES | 01 |
| NO | 00 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

YP, YA, YX (not in mobile/single family home or apartment)
NHIS-D Adult Followback

L5. Si o no los usa (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) ¿proporciona este lugar, de rutina, servicios tales como: comidas, ayuda en quehaceres domésticos o cuidado personal, transporte, o recreación?

YES01
NO00
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX (not in mobile/single family home or apartment)
NHIS-D Adult Followback (modified)

L6. ¿Quién paga la mayor parte de los costos de (FILL "LA ESTADIA DE (NAME)" IF RTYPE=01,03; "SU ESTADIA" IF RTYPE=02) en este lugar)?

PROBE: Por ejemplo, (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02), su familia, su seguro, Medicaid, un empleador, o alguna otra cosa?

(NAME).....01
(NAME'S) FAMILY LIVING IN THE SAME
HOUSEHOLD.....02
(NAME'S) FAMILY LIVING NOT LIVING
IN THE SAME HOUSEHOLD03
INSURANCE/MEDICAID04
EMPLOYER05
REHABILITATION PROGRAM06
SCHOOL SYSTEM/SPECIAL EDUCATION07
TITLE V PROGRAM.....08
NO ONE/FREE.....09
USE SSI BENEFIT/SSA.....10
OTHER (SPECIFY)↴.....11

DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX (not in mobile/single family home or apartment)
NHIS-D Adult Followback (modified)

L7. En los últimos 12 meses, ¿más o menos cuánto pagaron (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia por su estadía en este lugar si pagaron algo? No cuente dinero que ha sido, o que será, reembolsado por el seguro o de cualquier otra fuente, pero sí incluya copagos de seguros (insurance copayments) que (FILL “UD.” IF RTYPE=01,02; “NAME” IF RTYPE=03) y su familia quizás pagaron.

\$ _____ .00 AMOUNT PAID (\$0-\$9,999)

DON'T KNOWd

REFUSEDr

GO TO L17

CP, YP, YA, YX
SIPP/NSAF (modified)

L8. READ IF AGE=<17:

Ahora le quiero hacer unas pocas preguntas acerca del lugar donde vive (NAME).

¿Es (FILL “UNA CASA O APARTAMENTO” IF RTYPE=01,02; “LA CASA O EL APARTAMENTO DE NAME” IF RTYPE=03”...

PROBE: ¿ES (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02 ; “(NAME)” IF RTYPE=03) dueño de su hogar, la alquila, o vive allí sin pagar alquiler o renta?

INTERVIEWER: IF THE RESPONDENT LIVES IN A MOBILE HOME AND PAYS BOTH RENT AND MORTGAGE, CODE “OWNED.”

Read list, code only one

Propiedad suya, o alguien en su hogar
está comprándola.....01
Alquilada, o.....02
Ocupada sin pagar alquiler o
renta?03
DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX (in mobile/single family home or apartment)

L9. CHECK AGE: Is (NAME'S) age...

<1701 → Continue
17+02 → Go to L11

CP
NSAF

L10. ¿Cuánto tiempo hace que vive en su hogar?

|_|_| MONTHS |_|_| YEARS

DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX (in mobile/single family home or apartment)

L11. CHECK: IS L8=01 or 02 (NAME OR NAME'S FAMILY PAYS RENT OR MORTGAGE)?

YES01 → Continue
NO00 → Go to L16

CP, YP, YA, YX (in mobile/single family home or apartment)

Created

L12. El mes pasado, pagó (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01; "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) todo (FILL "LA HIPOTECA" IF L8=01; "EL ALQUILER" IF L8=02), compartió (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01; "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) el pago con otra persona, o pagó otra persona todo (FILL "LA HIPOTECA" IF L8=01; "EL ALQUILER" IF L8=02)?

NAME OR NAME'S FAMILY PAID ALL.....01
SHARED02
SOMEONE ELSE PAID ALL03 → Go to L16
GOVERNMENT ASSISTANCE PROGRAM.....04 → Go to L16
HOME IS PAID FOR05 → Go to L17
NO ONE PAID06 → Go to L16
DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX (in mobile/single family home or apartment)
NSAF

L13. IF L8=01: En total, en (LAST MONTH)¿cuánto fue el pago de la hipoteca de (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03)?

IF L8=02: En total, en (LAST MONTH), ¿cuánto pagó (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) de alquiler?

PROBE IF L3=02: ¿Cuánto pagó (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) por su hipoteca, y su alquiler y el mes pasado? Incluya los pagos de la hipoteca y del alquiler del hogar mismo, y del terreno, si es aplicable.

Read if L12=02: Sólo estamos interesados en saber cuál fue la parte del pago de (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03).

If R volunteers that house is paid for, enter 0.

If R volunteers that no one paid, or could not afford, enter 0.

\$ _____ PER MONTH (\$0-\$9,999)

DON'T KNOWd

REFUSEDr

CP, YP, YA, YX (in mobile/single family home or apartment)

L14. CHECK L8: Does (NAME AND HIS/HER FAMILY) own the home, rent the home, or something else?

OWN.....01 → Go to L17

RENT.....02 → Continue

SOMETHING ELSE (03, DK/RF)03 → Go to L16

CP, YP, YA, YX (renting, in mobile/single family home or apartment)
SIPP/NSAF

L15. ¿ESTÁ (FILL “SU FAMILIA” IF RTYPE=01; “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) pagando un alquiler más bajo porque el gobierno federal, estatal, o local está pagando parte del alquiler?

YES01

NO00

DON'T KNOWd

REFUSEDr

CP, YP, YA, YX
SIPP/NSAF

L16. ¿Está (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=01,02; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03) en un proyecto de vivienda pública, o sea que pertenece a una autoridad de vivienda local (housing authority) u otra agencia pública?

- YES01
- NO00
- DON'T KNOWd
- REFUSEDr

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L17. ¿Tiene (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=01,02; "EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03) características especiales diseñadas para ayudarle(a) a (FILL "NAME" IF RTYPE=01; "UD." IF RTYPE=02; "ÉL/ELLA" IF RTYPE=03) a moverse dentro del hogar?

PROBE: Esto incluye cosas tales como puertas o pasillos más anchos, rampas, pasamanos (railings), modificaciones en la cocina o en el baño, y mecanismos de alerta.

- YES01
 - NO00
 - DON'T KNOWd
 - REFUSEDr
- } → Go to L19

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L18. ¿Qué características especiales tiene este hogar?

Do not read list, code all that apply

- WIDENED DOORWAYS OR HALLWAYS01
 - RAMPS OR STREET LEVEL ENTRANCES02
 - RAILINGS.....03
 - AUTOMATIC OR EASY TO OPEN DOORS04
 - ACCESSIBLE PARKING OR DROP-OFF SITE05
 - BATHROOM MODIFICATIONS06
 - KITCHEN MODIFICATIONS07
 - ELEVATOR, CHAIR LIFT, OR STAIR GLIDE ...08
 - ALERTING DEVICES.....09
 - OTHER (SPECIFY) ↓10
-
- DON'T KNOWd
 - REFUSEDr

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L19. ¿Necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) cualquier (FILL "OTRA" IF L17=01) característica especial para moverse dentro de hogar?

PROBE: Esto incluye cosas tales como puertas o pasillos más anchos, rampas, pasamanos (railings), modificaciones en la cocina o en el baño, y mecanismos de alerta.

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES | 01 | } → Go to L22 |
| NO | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP, YA, YX

L20. ¿Cuáles (FILL "OTRAS" IF L17=01) características especiales necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

Do not read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| WIDENED DOORWAYS OR HALLWAYS | 01 |
| RAMPS OR STREET LEVEL ENTRANCES | 02 |
| RAILINGS..... | 03 |
| AUTOMATIC OR EASY TO OPEN DOORS | 04 |
| ACCESSIBLE PARKING OR DROP-OFF SITE | 05 |
| BATHROOM MODIFICATIONS | 06 |
| KITCHEN MODIFICATIONS | 07 |
| ELEVATOR, CHAIR LIFT, OR STAIR GLIDE ... | 08 |
| ALERTING DEVICES..... | 09 |
| OTHER (SPECIFY) ↓..... | 10 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
Created

L21. ¿Por qué no tiene (FILL “SU HOGAR” IF RTYPE=01,02; “EL HOGAR DE (NAME)” IF RTYPE=03”) las características especiales que (FILL “ÉL/ELLA” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) necesita?

Code all that apply

CAN'T AFFORD THE MODIFICATIONS.....01
NOT ALLOWED TO MAKE CHANGES.....02
DON'T KNOW HOW TO MAKE CHANGES/
WHO TO CONTACT03
NEVER GOT AROUND TO IT.....04
NOT MY DECISION/LIVE IN GROUP HOME ...05
OTHER (SPECIFY) ∇.....06

DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX

L22. CHECK AGE: Is NAME'S age...

<1701 → *Continue*
17+02 → *Go to L24*

CP

L23. CHECK: Is K57 =0, DK, RF (no cars are owned by family) and/or K65=0, DK ,RF (child does not own car)?

YES01 → *Go to Part M*
NO00 → *Go to L27*

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback

L24. ¿Con qué frecuencia maneja (FILL “NAME” IF RTYPE=01,03; “UD.” IF RTYPE=02) un carro u otro vehículo motorizado? ¿Sería....

Read list, code only one

Todos los días o casi todos los días.....01 → *Go to L27*
De vez en cuando02 → *Go to L27*
Casi nunca03
Nunca04
DON'T KNOWd → *Go to L27*
REFUSEDr → *Go to L27*

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback

L25. ¿Es esto por causa de algún impedimento o problema de salud?

YES01
NO00
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX

L26. CHECK: Is L24=04, that is, (NAME) never drives a car?

YES01 → Go to L33
NO00 → Continue

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L27. ¿Tiene (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) algún aparato o equipo especial en un carro o en otro vehículo motorizado, por causa de algún impedimento o problema de salud que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) tiene?

YES01
NO00 → Go to L29
DON'T KNOWd → Go to L29
REFUSEDr → Go to L29

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L28. ¿Qué aparato o equipo especial tiene (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03)?

Do not read list, code all that apply

HAND CONTROLS01
HAND RAILS, STRAPS, SPECIALIZED
HANDLES, RAMPS, OR LIFTS.....02
POWER CONTROLS FOR WINDOWS,
MIRRORS, SEAT, OR STEERING03
AUTOMATIC TRANSMISSION04
AIR CONDITIONING05
A BUTTON THAT OPENS THE DOOR.....06
A LARGE TRUNK OR STORAGE AREA07
OTHER (SPECIFY) ↓08

DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L29. ¿Tiene (FILL "UD." IF RTYPE=01,02; "NAME" IF RTYPE=03) alguna **necesidad** para algún (FILL "OTRO" IF L27=01) aparato o equipo especial en un carro u otro vehículo motorizado, por causa de algún impedimento o problema de salud que (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) tiene?

| | | |
|------------------|----|---------------|
| YES | 01 | } → Go to L32 |
| NO | 00 | |
| DON'T KNOW | d | |
| REFUSED | r | |

CP, YP, YA, YX
NHIS-D (Child Followback)

L30. ¿Qué (FILL "OTRO" IF L27=01) aparato especial o (FILL "OTRAS" IF L27=01) características especiales necesita (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02)?

Do not read list, code all that apply

| | |
|--|----|
| HAND CONTROLS | 01 |
| HAND RAILS, STRAPS, SPECIALIZED HANDLES, RAMPS, OR LIFTS..... | 02 |
| POWER CONTROLS FOR WINDOWS, MIRRORS, SEAT, OR STEERING | 03 |
| AUTOMATIC TRANSMISSION | 04 |
| AIR CONDITIONING | 05 |
| A BUTTON THAT OPENS THE DOOR..... | 06 |
| A LARGE TRUNK OR STORAGE AREA | 07 |
| OTHER (SPECIFY) ∇..... | 08 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX
Created

L31. ¿Por qué no tiene (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) el aparato o equipo especial que (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) necesita en un carro?

Code all that apply

CAN'T AFFORD THE SPECIAL FEATURES....01
NOT ALLOWED TO MAKE CHANGES.....02
DON'T KNOW HOW TO MAKE CHANGES/
WHO TO CONTACT/WHERE TO GO.....03
NEVER GOT AROUND TO IT.....04
NOT MY DECISION/NOT MY CAR.....05
OTHER (SPECIFY) ↴.....06

DON'T KNOWd
REFUSEDr

CP, YP, YA, YX

L32. CHECK AGE: Is NAME'S age...

<1701 → *Go to Part M*
17+02 → *Continue*

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L33. Durante los últimos 12 meses, ¿ha usado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) transporte público local o municipal, tal como una línea regular de buses, transporte rápido (rapid transit), el subterráneo (subway), o un tranvía (street car)?

PROBE: No incluya autobuses de escuela.

YES01
NO00
NO PUBLIC SYSTEM AVAILABLE03 → *Go to L38*
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L34. ¿Algún impedimento o problema de salud (le/la) limita o impide a (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en el uso de servicios de transporte público?

YES01
NO00
DON'T KNOWd → *Go to L38*
REFUSEDr → *Go to L38*

YP, YA, YX

L35. CHECK: Is L33=00, DK, RF, that is, (NAME) has not used public transportation in the past 12 months?

YES01 → Go to L38
NO00 → Continue

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L36. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaba (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) los servicios locales de transporte público? ¿Diría que . . .

Todos los días o casi todos los días,.....01
De vez en cuando, o02
Casi nunca?03
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L37. Por lo general, ¿cuán difícil es para (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) llegar a, y usar, transporte público? ¿Diría que . . .

Es muy difícil01
Es algo difícil02
Es un poco difícil03
No hay ninguna dificultad0
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX

NHIS-D Adult Followback

L38. Algunas comunidades tienen servicios de buses, taxis o minibuses (vans) especiales, para personas que tienen dificultades en usar servicios regulares de transporte público. Cuando usan este servicio especial, las personas pueden llamar de antemano, y pedir que las recojan. ¿Hay tal servicio disponible en (FILL "SU AREA" IF RYTPE=01,02 "ÉL ÁREA DE (NAME)" IF RTYPE=03)?

YES01
NO00 → Go to Part M
DON'T KNOWd → Go to Part M
REFUSEDr → Go to Part M

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback

L39. ¿Ha usado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este servicio especial en los últimos 12 meses?

YES01
NO00 → Go to L44
DON'T KNOWd → Go to L44
REFUSEDr → Go to L44

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback

L40. ¿Más o menos cuántas veces ha usado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este servicio en los últimos 12 meses?

|_|_|_| TIMES USED (0-999)
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX
Created

L41. ¿Cuánto se puede confiar en este servicio? ¿Diría que . . .

Read list, code only one answer

Se puede confiar mucho;.....01
Se puede confiar algo;02
No se puede confiar mucho; o.....03
En absoluto no se puede confiar
en el servicio04
DON'T KNOWd
REFUSEDr

YP, YA, YX
Created

L42. ¿Había ocasiones en los últimos 12 meses, cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) quisiera haber usado este servicio, pero no lo usó?

YES01 → Continue
NO00 → Go to Part M
DON'T KNOWd → Go to Part M
REFUSEDr → Go to Part M

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback (modified)

L43. ¿Por qué no usó (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este servicio, la última vez que ocurrió esto?

Do not read, code all that apply

| | |
|--|----|
| DON'T NEED/WANT SERVICE | 01 |
| DON'T KNOW HOW TO USE | 02 |
| NEED HELP FROM ANOTHER PERSON | 03 |
| CAN'T USE PHONE/DON'T HAVE PHONE | 04 |
| CAN'T READ | 05 |
| ILLNESS..... | 06 |
| SERVICE UNRELIABLE/NOT DEPENDABLE.. | 07 |
| HOURS INADEQUATE | 08 |
| CAN'T GET RESERVATION FOR SERVICE..... | 09 |
| COST | 10 |
| OTHER (SPECIFY) ↓ | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

Go to Part M

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback (modified)

L44. ¿Ha necesitado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) un servicio especial como este, en los últimos 12 meses?

| | |
|------------------|-------------------|
| YES | 01 → Continue |
| NO | 00 → Go to Part M |
| DON'T KNOW | d → Go to Part M |
| REFUSED | r → Go to Part M |

YP, YA, YX
NHIS-D Adult Followback (modified)

L45. ¿Por qué no ha usado (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) este servicio en los últimos 12 meses?

Do not read, code all that apply

| | |
|---|----|
| DON'T NEED/WANT SERVICE | 01 |
| DON'T KNOW HOW TO USE | 02 |
| NEED HELP FROM ANOTHER PERSON | 03 |
| CAN'T USE PHONE/DON'T HAVE PHONE | 04 |
| CAN'T READ | 05 |
| ILLNESS..... | 06 |
| SERVICE UNRELIABLE/NOT DEPENDABLE.. | 07 |
| HOURS INADEQUATE | 08 |
| CAN'T GET RESERVATION FOR SERVICE..... | 09 |
| COST | 10 |
| OTHER (SPECIFY) ↴..... | 11 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

PART M. BACKGROUND INFORMATION

M1. CHECK RTYPE: Is the respondent. . .

NAME'S PARENT OR GUARDIAN.....01 → *Continue*
 NAME00 → *Go to M19*

CP, YP
 NSAF

M2. Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de Ud. y de su familia.
 ¿Cuál es el grado o año más alto que Ud. terminó en la escuela?

Read list if necessary, code one answer

Sin diploma de secundaria o de
 equivalencia 01
 Diploma de secundaria o de equivalencia..... 02
 Algo de estudios universitarios/
 cursos vocacionales pos-secundarios..... 03
 Título de asociada(o) universitario de 2 ó
 3 años o diploma de escuela vocacional..... 04
 Título de universidad de 4 años
 –bachillerato..... 05
 Algo de estudios de graduados – sin título 06
 Título de Graduada(o)–Maestría o
 Doctorado 07
 NEVER ATTENDED SCHOOL 08
 SPECIAL EDUCATION..... 09
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

CP, YP
 MPR

M3. ¿Cuál es su origen étnico? ¿Es usted:

Hispano(a) o Latino(a) o 01
 Ni Hispano(a) ni Latino(a) 02
 DON'T KNOW d
 REFUSED r

CP, YP
MPR

M4. ¿Cuál es su raza? ¿Es usted:

Read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| Nativo(a) de Alaska, o amerindio(a) indígena | 01 |
| Asiático(a) | 02 |
| Negro(a) o Africano(a)-Americano(a) | 03 |
| Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico | 04 |
| Blanco(a) | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
MPR

M5. ¿Nació Ud. en los Estados Unidos, o en otro país?

| | |
|--|----|
| UNITED STATES | 01 |
| OTHER (SPECIFY) <input type="checkbox"/> | 02 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP

M6. ¿Es Ud actualmente: casado(a), viudo(a), divorciado(a), nunca ha sido Ud casado(a), o es Ud separado(a)?

| | |
|---------------------|----|
| MARRIED | 01 |
| WIDOWED | 02 |
| DIVORCED | 03 |
| NEVER MARRIED | 04 |
| SEPARATED | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP

tM6. CHECK B2: Is there a spouse or partner in the household? Is B2=01 or 02?

| | |
|-----------|----------------|
| YES | 01 → Continue |
| NO | 02 → Go to M11 |

CP, YP
NSAF

M7. ¿Cuál es el grado o año más alto que su (FILL “ESPOSO(A)” IF B2=01; “PAREJO(A)” IF B2=02) terminó en la escuela?

Read list if necessary, code one answer

| | |
|---|----|
| Sin diploma de secundaria o de equivalencia | 01 |
| Diploma de secundaria o de equivalencia..... | 02 |
| Algo de estudios universitarios/ cursos vocacionales pos-secundarios..... | 03 |
| Título de asociada(o) universitario de 2 ó 3 años o diploma de escuela vocacional..... | 04 |
| Título de universidad de 4 años –bachillerato..... | 05 |
| Algo de estudios de graduados – sin título | 06 |
| Título de Graduada(o)–Maestría o Doctorado | 07 |
| NEVER ATTENDED SCHOOL | 08 |
| SPECIAL EDUCATION..... | 09 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
MPR

M8. ¿Cuál es su origen étnico? ¿Es (él/ella):

| | |
|----------------------------------|----|
| Hispano(a) o Latino(a) o | 01 |
| Ni Hispano(a) ni Latino(a) | 02 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
MPR

M9. ¿Cuál es su raza? ¿Es (él/ella):

Read list, code all that apply

| | |
|---|----|
| Asiático(a) | 02 |
| Negro(a) o Africano(a)-Americano(a)..... | 03 |
| Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico | 04 |
| Blanco(a)..... | 05 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP
MPR

M10. ¿Nació (él/ella) en los Estados Unidos, o en otro país?

UNITED STATES..... 01
OTHER (SPECIFY)↘ 02

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

M11. Estas próximas preguntas son acerca de (NAME). ¿Cuál es el origen étnico de (NAME)? ¿Es (él/ella):

Hispano(a) o Latino(a) o 01
Ni Hispano(a) ni Latino(a) 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

M12. ¿Cuál es la raza de (NAME)? ¿Es (él/ella):

Read list, code all that apply

Nativo(a) de Alaska, o amerindio(a)
indígena 01
Asiático(a) 02
Negro(a) o Africano(a)-Americano(a) 03
Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico 04
Blanco(a) 05
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

M13. ¿Nació (él/ella) en los Estados Unidos, o en otro país?

UNITED STATES..... 01
OTHER (SPECIFY)↘ 02

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
MPR

M14. ¿Qué idioma se habla con la mayor frecuencia en su hogar?

English 01
Spanish 02
Other (SPECIFY) ↓ 03

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP
Created

M15. ¿Hay alguien que vive en su hogar, sin contar a (NAME) mismo(a), que tiene alguna incapacidad o condición de salud?

YES 01
NO 00 → *Go to M17*
DON'T KNOW d → *Go to M17*
REFUSED r → *Go to M17*

M16. ¿Quién sería esa persona?

PROBE: ¿Cuál es su relación o parentesco con (NAME)?

Code all that apply

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... 02
FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
STEP-PARENT OF (NAME) 04
FOSTER PARENT OF (NAME) 05
UNMARRIED PARTNER OF PARENT 06
GRANDPARENT 07
BROTHER/SISTER OF (NAME) 08
AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
(NAME'S) SPOUSE 10
(NAME'S) CHILD 11
FOSTER CHILD LIVING WITH FAMILY 12
HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND 13
ROOMER/BOARDER 14
OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
OTHER NON-RELATIVE
(SPECIFY IN QUESTION) 16
DON'T KNOW d
REFUSED r

M17. CHECK AGE: Is NAME's age...

17 01 → *Continue*
<17 02 → *Go to Part O*

M18. ¿Es (NAME) actualmente: casado(a), viudo(a), divorciado(a), nunca ha sido (NAME) casado(a), o es (NAME) separado(a)?

MARRIED 01 → *Go to M28*
WIDOWED 02 → *Go to Part O*
DIVORCED 03 → *Go to Part O*
NEVER MARRIED 04 → *Go to Part O*
SEPARATED 05 → *Go to Part O*
DON'T KNOW d → *Go to Part O*
REFUSED r → *Go to Part O*

YA, YX
NSAF

M19. Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03). ¿Cuál es (FILL "SU ORIGEN ÉTNICO" IF RTYPE=02; "EL ORIGEN ÉTNICO DE NAME" IF RTYPE=03)? ¿Es (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03):

Hispano(a) o Latino(a) o 01
Ni Hispano(a) ni Latino(a) 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
MPR

M20. ¿Cuál es (FILL "SU RAZA" IF RTYPE=02; "LA RAZA DE (NAME)" IF RTYPE=03)? ¿Es (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03):

Read list, code all that apply

Asiático(a) 02
Negro(a) o Africano(a)-Americano(a) 03
Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico 04
Blanco(a) 05
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
MPR

M21. ¿Nació (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03) en los Estados Unidos, o en otro país?

UNITED STATES 01
OTHER (SPECIFY) ↓ 02

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA, YX
MPR

M22. ¿Qué idioma se habla con la mayor frecuencia en (FILL "SU HOGAR" IF RTYPE=02; « EL HOGAR DE (NAME)" IF RTYPE=03)?

English 01
Spanish 02
Other (SPECIFY) ↓ 03

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA,YX
NSAF

M23. ¿Cuál es el grado o año más alto que (FILL “SU MADRE” IF RTYPE=02; “LA MADRE DE NAME” IF RTYPE=03) terminó en la escuela?

Read list if necessary, code one answer

Sin diploma de secundaria o de
equivalencia 01
Diploma de secundaria o de equivalencia..... 02
Algo de estudios universitarios/
cursos vocacionales pos-secundarios..... 03
Título de asociada(o) universitario de 2 ó
3 años o diploma de escuela vocacional..... 04
Título de universidad de 4 años
–bachillerato..... 05
Algo de estudios de graduados – sin título 06
Título de Graduada(o)–Maestría o Doctorado . 07
NEVER ATTENDED SCHOOL 08
SPECIAL EDUCATION..... 09
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA,YX
NSAF

M24. ¿Cuál es el grado o año más alto de escuela que (FILL “SU PADRE” IF RTYPE=02; “EL PADRE DE (NAME)” IF RTYPE=03) terminó en la escuela?

Read list if necessary, code one answer

Sin diploma de secundaria o de
equivalencia 01
Diploma de secundaria o de equivalencia..... 02
Algo de estudios universitarios/
cursos vocacionales pos-secundarios..... 03
Título de asociada(o) universitario de 2 ó
3 años o diploma de escuela vocacional..... 04
Título de universidad de 4 años
–bachillerato..... 05
Algo de estudios de graduados – sin título 06
Título de Graduada(o)–Maestría o Doctorado . 07
NEVER ATTENDED SCHOOL 08
SPECIAL EDUCATION..... 09
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA,YX
Created

M25. ¿Hay alguien en (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=02; "LA FAMILIA DE NAME" IF RTYPE=03), sin contar a (FILL "UD." IF RTYPE=02; "ÉL/ELLA" IF RTYPE=03) mismo(a), que tiene alguna incapacidad o condición de salud?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to M27

YA,YX
Created

M26. ¿Quién sería esa persona?

PROBE: ¿Cuál es su relación o parentesco con (FILL "UD." IF RTYPE=02; "NAME" IF RTYPE=03)?

Code all that apply

MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02
FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
STEP-PARENT OF (NAME) 04
FOSTER PARENT OF (NAME) 05
UNMARRIED PARTNER OF PARENT 06
GRANDPARENT 07
BROTHER/SISTER OF (NAME) 08
AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
(NAME'S) SPOUSE 10
(NAME'S) CHILD 11
FOSTER CHILD LIVING WITH FAMILY 12
HOUSEMATE/ROOMMATE/FRIEND 13
ROOMER/BOARDER 14
OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
OTHER NON-RELATIVE
(SPECIFY IN QUESTION) 16
DON'T KNOW d
REFUSED r

YA,YX

M27. ¿Es (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) actualmente: casado(a), viudo(a), divorciado(a), nunca ha sido (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) casado(a) o es (FILL “UD.” IF RTYPE=02; “NAME” IF RTYPE=03) separado(a)?

- MARRIED 01→ *Continue*
- WIDOWED 02→ *Go to Part O*
- DIVORCED 03→ *Go to Part O*
- NEVER MARRIED 04→ *Go to Part O*
- SEPARATED 05→ *Go to Part O*
- DON'T KNOW d→ *Go to Part O*
- REFUSED r→ *Go to Part O*

YA,YX
NSAF

M28. Estas preguntas son acerca (FILL “DE SU ESPOSO(A) IF RTYPE=02; “DEL ESPOSO / DE LA ESPOSA DE (NAME)” IF RTYPE=03) ¿Cuál es el origen étnico de (FILL “DE SU ESPOSO(A) IF RTYPE=02; “ DEL ESPOSO /DE LA ESPOSA DE (NAME)” IF RTYPE=03)? ¿Es (él/ella):

- Hispano(a) o Latino(a) o 01
- Ni Hispano(a) ni Latino(a) 02
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA,YX
MPR

M29. ¿Cuál es su raza? ¿Es (él/ella):

Read list, code all that apply

- Asiático(a) 02
- Negro(a) o Africano(a)-Americano(a) 03
- Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico 04
- Blanco(a) 05
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

YA,YX
MPR

M30. ¿Nació (él/ella) en los Estados Unidos, o en otro país?

UNITED STATES..... 01
OTHER (SPECIFY)↘ 02

DON'T KNOW d
REFUSED r

YA,YX
NSAF

M31. ¿Cuál es el grado o año más alto que (él/ella) terminó en la escuela?

Read list if necessary, code answer

Sin diploma de secundaria o de
equivalencia 01
Diploma de secundaria o de equivalencia..... 02
Algo de estudios universitarios/
cursos vocacionales pos-secundarios..... 03
Título de asociada(o) universitario de 2 ó
3 años o diploma de escuela vocacional..... 04
Título de universidad de 4 años
–bachillerato..... 05
Algo de estudios de graduados – sin título 06
Título de Graduada(o)–Maestría o Doctorado . 07
NEVER ATTENDED SCHOOL 08
SPECIAL EDUCATION 09
DON'T KNOW d
REFUSED r

PART N. IMPRISONMENT MODULE

CP,YP,YX
1999 NHIS Family Core

N1. ¿Según lo que Ud. sabe, Diría que la salud de NAME es excelente, muy buena, buena, regular o pobre (mala)?

- EXCELLENT 01
- VERY GOOD 02
- GOOD 03
- FAIR..... 04
- POOR 05
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP,YP,YX
FACCT2 /CSHCN

N2. Las próximas preguntas son acerca de cualquier tipo de problemas, preocupaciones, o condiciones de salud (NAME) que tal vez afecten la conducta, el saber, el crecimiento, o el desarrollo físicode (NAME).

¿Necesita o usa (NAME) más **servicios médicos, de salud mental, o de educación** de lo que es normal para la mayoría de (FILL “LOS NIÑOS” IF AGE=<17; “LA GENTE” IF AGE=17+) de su misma edad?

PROBE : Estas preguntas se refieren a una condición **en la actualidad**, no en el pasado.

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to N5

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N3. ¿Necesita (NAME) **servicios médicos, de salud mental, o de educación** por causa de cualquier condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

- YES..... 01
 - NO..... 00
 - DON'T KNOW d
 - REFUSED r
- } → Go to N5

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N4. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
FACCT1/CSHCN

N5. Actualmente, además de vitaminas, ¿necesita o usa (NAME) **medicina recetada por un doctor**?

INTERVIEWER: THESE QUESTIONS REFER ONLY TO A CURRENT CONDITION. THE RESPONDENT SHOULD ANSWER "YES" ONLY IF THE CHILD CURRENTLY HAS A SPECIAL HEALTH CARE NEED

PROBE: No se incluye medicación sin receta tal como para catarro o dolor de cabeza.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to N8

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N6. ¿Necesita (NAME) **medicina recetada** por causa de CUALQUIER condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → Go to N8

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N7. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
FACCT3/CSHCN

N8. ¿Está (NAME) **limitado(a) o impedido(a)** en su habilidad de hacer las cosas que la mayoría de (FILL “LOS NIÑOS” IF <17; “ LOS JÓVENES” IF 17+) de su misma edad pueden hacer?

PROBE: En otras palabras, ¿Hay cosas que (NAME) no puede hacer tanto, o no puede hacer de ninguna manera, que (FILL “LOS NIÑOS” IF <17; “ LOS JÓVENES” IF 17+) de su misma edad pueden hacer?

| | | |
|-----------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to N11</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N9. Es la limitación de habilidades de (NAME) por causa de CUALQUIER condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

| | | |
|-----------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to N11</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N10. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP,YP,YX
FACCT4/CSHCN

N11. ¿Necesita (NAME) conseguir terapia especial, tal como terapia física, ocupacional o del habla (logopedia)?

| | | |
|-----------------|----|----------------------|
| YES..... | 01 | } → <i>Go to N14</i> |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N12. ¿Necesita (NAME) terapia especial por causa de CUALQUIER condición médica, o de conducta, u otra condición de salud ?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to N14 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N13. ¿Es esta una condición que ya ha durado, o que esperan que va a durar 12 meses o más?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP,YP,YX
FACCT5/CSHCN

N14. ¿Necesita o recibe (NAME) conseguir tratamiento o consejo por cualquier problema emocional, de desarrollo, o de conducta?

PROBE: Tratamiento o consejo incluye remedios, terapia o consejos que pueda recibir un(a) niño(a) o joven por su condición de salud.

Problemas emocionales tales como depresión o esquizofrenia.

Problemas de desarrollo tal como crecimiento enano.

Problemas de conducta tales como conducta agresivo o Attention Deficit Disorder, que también se conoce como A-D-D.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to N16 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N15. ¿Ya ha durado, o esperan que va a durar 12 meses o más el problema emocional, de desarrollo, o de conducta de (NAME) ?

| | |
|-----------------|----|
| YES..... | 01 |
| NO..... | 00 |
| DON'T KNOW..... | d |
| REFUSED..... | r |

CP,YP,YX
FACCT/CSHCN

N16. FACCT SCREENER DECISION (modified): Is N2=1, or N5=1, or N8=1, or N11=1, or N14=1, that is, does (NAME) have a health condition?

YES..... 01→ *Go to N19*

NO..... 00→ *Continue*

CP,YP,YX
Created

N17. Pensando en (INSERT YEAR OF APPLICATION) cuando (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01; "LA FAMILIA DE (NAME)" IF RTYPE=03) aplicó para Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario), o SSI, para (NAME); ¿tenía (NAME) una condición médica, o de conducta, u otra condición de salud, en ese entonces?

YES..... 01

NO..... 00

DON'T KNOW..... d

REFUSED..... r

} → *Go to N27*

CP,YP,YX
Created

N18. ¿Qué condición o problema de salud era ?

INTERVIEWER : PROBE FOR SPECIFIC ANSWER. ANSWERS SUCH AS "HE'S SLOW," "DOESN'T TALK WELL," OR "IS A SPECIAL NEEDS CHILD" ARE NOT SPECIFIC ENOUGH.

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores la condición de salud de (NAME) ?

PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición ?

GO TO N27

CP,YP,YX (with health condition)
CSHCN

N19. Las próximas preguntas son acerca de cualesquiera condiciones o problemas físicos, mentales, de saber, o de desarrollo que tiene (NAME). Según lo que Ud. sabe ¿Cuántas veces ha influido su condición o problema de salud en su habilidad de hacer cosas que hacen otros (FILL “NIÑOS” IF AGE <17; “JOVENES” IF AGE=17+)? Diría:

INTERVIEWER: IF THE CONDITION IS EPISODIC, FOR EXAMPLE, ASTHMA ATTACKS, RESPONDENTS SHOULD CONSIDER THE ENTIRE 12 MONTHS OF EPISODES, NOT JUST ONE SPECIFIC EPISODE.

Read list, code one answer

| | |
|-----------------------|----|
| Nunca..... | 01 |
| A veces | 02 |
| Generalmente, o | 03 |
| Siempre..... | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP,YP,YX (with health condition)
CSHCN

N20. Influye la condición o el problema de salud de (NAME) en su habilidad de hacer cosas mucho, algo, o muy poco?

| | |
|--------------------|----|
| A GREAT DEAL | 01 |
| SOME | 02 |
| VERY LITTLE..... | 03 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP,YP,YX (with health condition)
CSHCN

N21. En general, ¿cómo clasificaría la(s)condición(condiciones)o el (los) problema(s) de salud de (NAME)? Por favor escoja un número entre cero (0) y diez (10), con cero siendo lo más leve, y diez lo más severo o grave.

INTERVIEWER: IF NAME HAS MORE THAN ONE CONDITION, THEN THE RESPONDENT SHOULD RATE THE MOST SEVERE CONDITION RATHER THAN TRYING TO AVERAGE SEVERITY ACROSS ALL OF THE CONDITIONS.

NUMBER BETWEEN ZERO AND TEN

| | |
|--|----|
| (NAME) DOESN'T HAVE A HEALTH CONDITION OR PROBLEM | 11 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP,YP,YX (with health condition)
CSHCN

N22. ¿Según lo que usted sabe, cuál de las siguientes frases mejor describe las necesidades de servicios de salud de (NAME)?

Read list, code only one response

- Las necesidades de servicios de salud de (NAME) se cambian todo el tiempo..... 01
- Las necesidades de servicios de salud de (NAME) sólo se cambian de vez en cuando 02
- Las necesidades de servicios de salud de (NAME) son, por lo general, estables 03
- Ninguno de estos 04
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CP,YP,YX (with health condition)
1978 SSA Survey (modified)

N23. Considerando todo lo que me acaba de contar, ¿cuál considera usted que es la principal condición o el principal problema de salud de (NAME)?

INTERVIEWER: PROBE FOR SPECIFIC ANSWER. ANSWERS SUCH AS "HE'S SLOW," "DOESN'T TALK WELL," OR "IS A SPECIAL NEEDS CHILD" ARE NOT SPECIFIC ENOUGH.

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores la condición de salud de (NAME)?
PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición?

Record verbatim

CP,YP,YX (with health condition)
1999 NHIS Family Core

N24. ¿Cuánto tiempo hace que (NAME) tiene esta condición o este problema de salud?

NUMBER

TIME PERIOD

____ (01-94)

95 + 95

SINCE BIRTH 96

DON'T KNOW d

REFUSED r

→ Go to N25

DAYS 01

WEEKS 02

MONTHS 03

YEARS 04

DON'T KNOW d

REFUSED r

CP,YP,YX (with health condition)
1978 SSA Survey

N25. ¿Tiene (NAME) cualesquier otras condiciones o otros problemas de salud?

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to N27 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX (with health condition)
1978 SSA Survey

N26. ¿Cuáles son?

PROBE FOR SPECIFIC ANSWER. ANSWERS SUCH AS “HE’S SLOW,” “DOESN’T TALK WELL,” OR “IS A SPECIAL NEEDS CHILD” ARE NOT SPECIFIC ENOUGH.

PROBE 1: ¿Cómo llaman los doctores la condición de salud de (NAME)?

PROBE 2: ¿Cuál es la causa de esta condición?

Record verbatim

CP,YP,YX
Created

N27. ¿En qué año vivió (NAME) por última vez con usted?

____|____|____|____| YEAR (1970-2002)

| | | |
|-----------------------------------|---|-------------|
| NEVER LIVED WITH RESPONDENT | n | → Go to N31 |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

CP,YP,YX
1999 NHIS Family Core (modified)

N28. Pensando en el último año en que (NAME) estaba viviendo con usted, ¿necesitaba (él/ella) la ayuda de otras personas con sus necesidades de cuidado o atención personal, tales como: comer, bañarse, vestirse, o moverse de un lugar a otro dentro del hogar?

PROBE: Quiero decir más ayuda de lo que la mayoría de los jóvenes de la misma edad necesitarían.

| | | |
|-----------------|----|---------------|
| YES..... | 01 | } → Go to N30 |
| NO..... | 00 | |
| DON'T KNOW..... | d | |
| REFUSED..... | r | |

N29. ¿Necesitaba (NAME) la ayuda o supervisión de otras personas para . . .

Code one for each

| | <u>YES</u> | <u>NO</u> | <u>DK</u> | <u>RF</u> |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Bañarse o ducharse | 01 | 00 | d | r |
| B. Vestirse | 01 | 00 | d | r |
| C. Comer..... | 01 | 00 | d | r |
| D. Acostarse, sentarse o levantarse de la cama o de sillas..... | 01 | 00 | d | r |
| E. (IF AGE=17+) Caminar..... | 01 | 00 | d | r |
| F. (IF AGE=17+) Salir afuera..... | 01 | 00 | d | r |
| G. Ir al baño, incluyendo usar el lavabo o inodoro (toilet) | 01 | 00 | d | r |
| H. Moverse de un lugar a otro dentro | 01 | 00 | d | r |

N30. Le voy a leer una lista de cosas que a veces describen a las personas jóvenes. Para cada cosa, por favor dígame si esto casi siempre era cierto, a veces era cierto, no era frecuentemente cierto, o nunca era cierto, en relación a (NAME) en el último año que (él/ella) (FILL "VIVIO CON USTED" IF RTYPE=01; "FUE ENCARCELADO(A)" IF RTYPE=03)

a. (NAME) tenía dificultades en dormir. ¿Era eso . . .

| | |
|-------------------------------|----|
| Casi siempre cierto | 01 |
| A veces cierto..... | 02 |
| No frecuentemente cierto..... | 03 |
| Nunca cierto..... | 04 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

b. (NAME) no podía concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.
¿Era eso . . .

Casi siempre cierto 01
A veces cierto..... 02
No frecuentemente cierto..... 03
Nunca cierto 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

c. (NAME) tenía dificultades en llevarse bien con otra gente. ¿Era eso . . .

Casi siempre cierto 01
A veces cierto..... 02
No frecuentemente cierto..... 03
Nunca cierto 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
NSAF

N31. ¿Cuál es el último grado o año de escuela que (NAME) completó?

PROBE: Esto incluye estudios que (él/ella) podía haber recibido mientras que fue encarcelado(a).

PROBE: Antes de recibir un Diploma de equivalencia o GED, si (NAME) tiene uno.

|_|_| GRADE

- 14.....NURSERY/PRESCHOOL/
PRE-KINDERGARTEN
- 15.....KINDERGARTEN
- 16.....ABOVE 12th GRADE
- 17.....SPECIAL EDUCATION
- 18.....NOT ATTENDING
- 19.....NAME WAS HOME SCHOOLED
- d.....DON'T KNOW
- rREFUSED

CP,YP,YX
Created

N31a. ¿Tiene (NAME) un diploma de estudios secundarios (high school) o un GED, también llamado: Diploma de Equivalencia, o ninguno de estos?

- YES, HIGH SCHOOL DIPLOMA 01
- YES, GED 02
- NEITHER..... 03
- DON'T KNOW d
- REFUSED..... r

CP,YP,YX
Mary Wagner

N32. Ahora quiero hacerle unas preguntas acerca de cualquier entrenamiento o ayuda que (NAME) quizás ha recibido. Según lo que sabe Ud., ¿**alguna vez** recibió (NAME) cualquier entrenamiento de destrezas de empleo, educación vocacional, consejo de carrera (career counseling), o ayuda en encontrar un empleo?

PROBE: Esto no incluye servicios o entrenamiento que (él/ella) quizás recibe mientras que es encarcelado(a).

- YES 01
- NO 00
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED r

CP,YP,YX
Mary Wagner

N33. Según lo que sabe Ud., ¿**alguna vez** recibió (NAME) algún entrenamiento en como hacer cosas tales como manejar (su) dinero, cocinar o mantener la casa, o algún otro entrenamiento de destrezas de vida cotidiana (life skills training)? No incluya instrucción por parte de miembros de la familia o de amistades.

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP,YP,YX
Created

N34. Ahora le quiero hacer unas preguntas acerca de cualquier experiencia que (NAME) y su familia quizás tuvieron con el programa de SSI (Supplemental Security Income, o Seguridad de Ingreso Suplementario), que es administrado por el Social Security Administration (Administración de Seguro Social).

¿Alguna vez ha recibido (FILL "SU FAMILIA" IF RTYPE=01; "LA FAMILIA DE (NAME)" IF RTYPE=03) un beneficio de SSI para (NAME)?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ *Go to N47*

N35t. CHECK AGE: Is (NAME)'s age.....

<18 01 → *Go to N42*
18+..... 02 → *Continue*

YP

N35. ¿Estaba (NAME) recibiendo beneficios de SSI al cumplir los 18 años?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

→ *Go to N42*

YP
Created

N36. Antes de que NAME fuese encarcelado(a) ¿fue su elegibilidad para SSI redeterminada por la Administración de Seguro Social (Social Security Administration), usando las reglas para adultos?

| | | | |
|-------------------------------|----|------------|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue | |
| NO..... | 00 | |] → Go to N42 |
| REDETERMINATION PENDING | 02 | | |
| DON'T KNOW | d | | |
| REFUSED | r | | |

YP
Created

N37. ¿Tomó la SSA una decisión final acerca de la redeterminación antes de que (NAME) fuese encarcelado(a)?

PROBE: Por decisión final, quiero decir si SSA le notificó que los beneficios de (NAME) continuarían o serían paradas, y Ud. decidió no apelar o terminó todas sus apelaciones.

| | | | |
|------------------|----|------------|---------------|
| YES..... | 01 | → Continue | |
| NO..... | 00 | |] → Go to N39 |
| DON'T KNOW | d | | |
| REFUSED | r | | |

YP
Created

N38. ¿Cuál fue el resultado de esa redeterminación? ¿(NAME)...

| | | |
|---|----|-------------|
| Continuó recibiendo beneficios de SSI | 01 | → Go to N47 |
| Paró de recibir beneficios de SSI | 02 | → Go to N41 |
| DON'T KNOW | d | → Go to N47 |
| REFUSED | r | → Go to N47 |

YP
Created

N39. ¿Estaba la decisión final pendiente, o aún estaba siendo apelada?

| | | |
|--------------------|----|-------------|
| PENDING..... | 01 | → Go to N47 |
| UNDER APPEAL | 02 | → Continue |
| DON'T KOW..... | d | → Go to N47 |
| REFUSED | r | → Go to N47 |

YP
Created

N40. Según lo que Ud. sabe, ¿por qué tomó la SSA la decisión inicial de parar los beneficios de SSI para (NAME)?

Code all that apply

- (NAME'S) INCOME TOO HIGH 01
 - (NAME'S) ASSETS TOO HIGH 02
 - DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE..... 03
 - DETERMINED ABLE TO WORK/ENGAGE
IN SUBSTANTIAL GAINFUL ACTIVITY 04
 - DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES..... 05
 - (NAME) MARRIED/REARRIED 06
 - (NAME) NOT IN SCHOOL/JOB TRAINING 07
 - OTHER (SPECIFY) ↴..... 08
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

GO TO N46

YP
Created

N41. Según lo que Ud. sabe, ¿por qué paró (NAME) de recibir beneficios de SSI en aquel entonces?

Code all that apply

- (NAME'S) INCOME TOO HIGH 01
 - (NAME'S) ASSETS TOO HIGH 02
 - DETERMINED MEDICALLY INELIGIBLE..... 03
 - DETERMINED ABLE TO WORK/ENGAGE
IN SUBSTANTIAL GAINFUL ACTIVITY 04
 - DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES..... 05
 - (NAME) MARRIED/REARRIED 06
 - (NAME) NOT IN SCHOOL/JOB TRAINING 07
 - OTHER (SPECIFY) ↴..... 08
-
- DON'T KNOW d
 - REFUSED r

GO TO N46

CP,YP,YX
Created

N42. Desde enero de 1996, pero antes de que (NAME) fuese encarcelado(a), ¿hubo algún tiempo en el cual (NAME) o su familia pararon de recibir beneficios de SSI para (él/ella), por más de un mes?

YES..... 01 → *Go to N45*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

N43. CHECK: Does answer to N42 agree with pre-loaded SSA information?

YES..... 01 → *Go to N47*
NO..... 00 → *Continue*

CP,YP,YX

N44. Nuestros registros muestran que (NAME) paró de recibir beneficios en (INSERT MONTH AND YEAR FROM PRELOADED INFORMATION), por un mes o más. Según lo que Ud. sabe, ¿es eso correcto?

YES..... 01 → *Continue*
NO..... 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

→ *Go to N47*

CP,YP,YX
Created

N45. ¿Por qué perdió (NAME) beneficios de SSI cuando ocurrió esto?

PARENT'S INCOME TOO HIGH 01
PARENT'S ASSETS TOO HIGH..... 02
(NAME'S) INCOME TOO HIGH 03
(NAME'S) ASSETS TOO HIGH 04
(NAME) DETERMINED MEDICALLY
INELIGIBLE 05
DID NOT FOLLOW PROGRAM RULES 06
MARRIED/REMARRIED 07
MOVED IN WITH FAMILY/OTHER PERSON... 08
OTHER (SPECIFY) ↴ 09

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
Created

N46. Cuando (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) paró de recibir beneficios de SSI lo más recientemente, ¿paró (FILL "ÉL/ELLA" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) de recibir beneficios de Medicaid o beneficios de (INSERT MEDICAID STATE NAME) a la misma vez?

YES..... 01
NO..... 02
NAME NEVER HAD MEDICAID 03
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

CP,YP,YX
Created

N47. Estas últimas preguntas son acerca de (NAME). ¿En qué mes y año fue (NAME) encarcelado(a)?

PROBE: Adivine lo mejor que pueda

____|____| MONTH ____|____|____|____| YEAR (1970-2002)
DON'T KNOW..... d
REFUSED..... r

N48. ¿Por cuáles cargos fue (NAME) encarcelado(a)?

MANDATORY PROBE: ¿Es (NAME) encarcelado(a) por cualquier otro cargo?

Do not read list, code all that apply.

| | |
|---|----|
| AGGRAVATED ASSAULT | 01 |
| BURGLARY | 02 |
| USE OR POSSESSION OF DRUGS | 03 |
| SALE OR MANUFACTURE OF DRUGS | 04 |
| DRUNKENNESS, LIQUOR LAWS, OR DRIVING UNDER THE INFLUENCE | 05 |
| FRAUD..... | 06 |
| LARCENY OR THEFT | 07 |
| MOTOR VEHICLE THEFT OR CAR- JACKING | 08 |
| MURDER OR MANSLAUGHTER | 09 |
| OFFENSES AGAINST FAMILY OR CHILDREN..... | 10 |
| PAROLE OR PROBATION VIOLATION | 11 |
| RAPE | 12 |
| ROBBERY | 13 |
| SEX OFFENSES (INCLUDING PROSTITUTION AND SOLICITATION)..... | 14 |
| SHOPLIFTING | 15 |
| SIMPLE ASSAULT..... | 16 |
| STOLEN PROPERTY (EITHER BUYING, RECEIVING, OR POSSESSION OF..... | 17 |
| VANDALISM | 18 |
| CARRYING OR POSSESSION OF WEAPONS..... | 19 |
| OTHER (SPECIFY)..... | 20 |
| <hr/> | |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP,YP,YX
Created

N49. ¿Cuánto tiempo tendrá que servir (NAME)?

PROBE: ¿Cuánto tiempo tendrá (NAME) que servir, antes de ser puesto(a) en libertad?

|_|_| ENTER AMOUNT AND CODE TIME PERIOD BELOW (0-999)

WEEKS 01
MONTHS 02
YEARS 03
HAS NOT YET BEEN SENTENCED 04
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
Created

N50. En total, ¿cuántas veces ha sido (NAME) arrestado(a) o acusado(a) por un crimen o una violación de libertad condicional (parole)?

|_|_| TIMES (1-99)

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
Created

N51. ¿**Alguna vez** ha trabajado (NAME) en un empleo o en algún negocio? Esto incluye trabajo que (NAME) puede estar haciendo mientras que es encarcelado(a).

YES 01
NO 00
DON'T KNOW d
REFUSED r

} → *Go to N53*

CP,YP,YX
MPR

N52. ¿En qué mes y año trabajó (NAME) la última vez en un empleo o en un negocio?

|_|_| MONTH |_|_| YEAR (1970-2002)

NOW WORKING n
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
MPR

N53. ¿Cuál es el origen étnico de (NAME)? ¿Es (él/ella):

Hispano(a) o Latino(a)), o 01
Ni Hispano(a) ni Latino(a) 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
MPR

N54. ¿Cuál es la raza de (NAME)? ¿Es (él/ella):

Read list, code all that apply

Nativo(a) de Alaska, o amerindio(a) indígena.. 01
Asiático(a) 02
Negro(a) o Africano(a)-Americano(a)..... 03
Nativo(a) de Hawaii o de Islas del Pacífico 04
Blanco(a)..... 05
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
MPR

N55. ¿Nació (él/ella) en los Estados Unidos, o en otro país?

UNITED STATES..... 01
OTHER (SPECIFY) ↘ 02

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP,YP,YX
MPR

N56. Finalmente ¿qué idioma se habla con la mayor frecuencia en (FILL “SU HOGAR” IF RTYPE=02; “EL HOGAR DE (NAME)” IF RTYPE=03)?

ENGLISH 01
SPANISH 02
OTHER (SPECIFY) ↘ 03

DON'T KNOW d
REFUSED r

GO TO PART O

PART O. CLOSING INFORMATION AND OBSERVATIONS

CP, YP, YA, YX

O1a. Esto concluye esta entrevista. En caso que tenga que comunicarme con Ud. Para verificar alguna información. ¿Cuál es su nombre y apellido, dirección, y el mejor número de teléfono para ponerme en contacto con Ud.?

NAME: _____
STREET ADDRESS: _____
CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
AREA CODE

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

O1b. ¿Cuál es el nombre y apellido, y la dirección de la persona a quien debemos enviar (FILL "EL CHEQUE POR \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=01; FILL "LA TARJETA DE DÉBITO DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=02; FILL "LA TARJETA TELEFÓNICA DE \$10.00" IF INCENTIVE TYPE=03)?

STREET ADDRESS: _____
CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

O1c. (SKIP TO O2 IF INCENTIVE TYPE=02 OR 03) Y quiere que extendamos el cheque a su favor o a favor de alguien más?

MAKE CHECK OUT TO NAME BELOW 01 → Go to O2
MAKE CHECK OUT TO DIFFERENT
PERSON 02
DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

O1d. ¿Cuál es la dirección y el número de teléfono de esa persona?

STREET ADDRESS: _____
CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

DON'T KNOW d
REFUSED r

CP, YP, YA, YX

O2. Finalmente, en unos dos años la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) quizás quierá comunicarse con Ud. para un seguimiento de (FILL "LA SALUD DE NAME" IF RTYPE=01,03; "SU SALUD" IF RTYPE=02) y otras circunstancias. En caso de que tengamos dificultad en contactarlo(a) ¿cuáles son los nombres, direcciones, y números de teléfono de dos parientes cercanos o amigos íntimos que probablemente sepán dónde se encontrará (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) en el futuro?

CONTACT PERSON 1

NAME: _____

CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

NO CONTACT PERSON 01
DON'T KNOW d
REFUSED r

¿Cuál es el parentesco de esa persona con (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "YOU" IF RTYPE=02) si es que lo hay?

- MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02
- FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
- STEP-PARENT OF (NAME) 04
- FOSTER PARENT OF (NAME) 05
- UNMARRIED PARTNER OF PARENT 06
- GRANDPARENT OF (NAME) 07
- BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP) OF
(NAME) 08
- AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
- (NAME'S) SPOUSE 10
- OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
- NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION) 16
- STAFF AT RESIDENCE 17
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

CONTACT PERSON 2

NAME: _____
STREET ADDRESS: _____
CITY/STATE: _____ ZIP CODE: _____
TELEPHONE NUMBER: (|_|_|_|_|) |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|

- NO CONTACT PERSON 01
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

¿Cuál es el parentesco de esa persona con (FILL "NAME" IF RTYPE=01,03; "UD." IF RTYPE=02) si es que lo hay?

- MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 02
- FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) 03
- STEP-PARENT OF (NAME) 04
- FOSTER PARENT OF (NAME) 05
- UNMARRIED PARTNER OF PARENT 06
- GRANDPARENT OF (NAME)..... 07
- BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP) OF
(NAME) 08
- AUNT/UNCLE OF (NAME) 09
- (NAME'S) SPOUSE 10
- OTHER RELATIVE OF (NAME)
(SPECIFY IN QUESTION) 15
- NOT RELATED (SPECIFY IN QUESTION) 16
- STAFF AT RESIDENCE 17
- DON'T KNOW d
- REFUSED r

MUCHAS GRACIAS!

Record stop time.

INTERVIEWER OBSERVATIONS: (DO NOT READ)

CP, YP, YA, YX

O3. Who was the respondent to this interview?

Code only one

- PARENT/GUARDIAN OF (NAME) 01→ *Go to O7*
- NAME HIMSELF/HERSELF 02→ *Continue*
- PROXY FOR NAME..... 03→ *Go to O5*

CP, YP, YA, YX

O4. Was the respondent assisted by anyone during this interview? That is, did anyone help the respondent in interpreting the questions or giving answers?

- YES..... 01→ *Continue*
- NO..... 02→ *Go to O7*

O5. How is the assistant/proxy related to (NAME)?

If more than one assistant or proxy, indicate the relationship of the one you consider to be the main assistant or proxy.

| | |
|---|----|
| MOTHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE)..... | 02 |
| FATHER (BIOLOGICAL OR ADOPTIVE) | 03 |
| STEP-PARENT OF (NAME) | 04 |
| FOSTER PARENT OF (NAME) | 05 |
| UNMARRIED PARTNER OF PARENT | 06 |
| GRANDPARENT OF (NAME)..... | 07 |
| BROTHER/SISTER (NATURAL/STEP) OF (NAME) | 08 |
| AUNT/UNCLE OF (NAME) | 09 |
| (NAME'S) SPOUSE | 10 |
| (NAME'S) CHILD | 11 |
| FOSTER CHILD LIVING WITH FAMILY | 12 |
| HOUSEMATE/ROOMATE/FRIEND | 13 |
| ROOMATE/BOARDER | 14 |
| OTHER RELATIVE OF (NAME) (SPECIFY IN QUESTION) | 15 |
| OTHER NON-RELATIVE (SPECIFY IN QUESTION) | 16 |
| STAFF AT RESIDENCE | 17 |
| DON'T KNOW | d |
| REFUSED | r |

CP, YP, YA, YX

O6. Why was an assistant/proxy needed?

Code all that apply

- (NAME) DIDN'T KNOW HOW TO ANSWER
SOME QUESTIONS 01
 - (NAME) HOSPITALIZED 02
 - (NAME) INSTITUTIONALIZED 03
 - (NAME) HAS HEARING PROBLEM 04
 - (NAME) HAS SPEECH PROBLEM..... 05
 - (NAME) HAS LANGUAGE PROBLEM..... 06
 - (NAME) HAS POOR MEMORY OR
CONFUSION..... 07
 - (NAME) HAS OTHER MENTAL CONDITION... 08
 - (NAME) HAS PHYSICAL ILLNESS OR
DISABILITY 09
 - OTHER NON-HEALTH RELATED
REASON (SPECIFY) ↓..... 10
-
- DON'T KNOW d

CP, YP, YA, YX

O7. Do you feel the respondent was intellectually capable of responding?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW d

CP, YP, YA, YX

O8. Do you feel the respondent's answers were reasonably accurate?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW d

CP, YP, YA, YX

O9. Do you feel the respondent understood the questions?

- YES..... 01
- NO..... 00
- DON'T KNOW d

CP, YP, YA, YX

O10. How tiring did the interview seem to be for the respondent?

- VERY TIRING 01
- A LITTLE TIRING 00
- NOT TIRING d

CP, YP, YA, YX

O11. Did the respondent have difficulty hearing you during the interview?

YES..... 01
NO..... 00→ *End Interview*
DON'T KNOW..... d→ *End Interview*

CP, YP, YA, YX

O12. Do you feel the respondent's hearing difficulty affected the interview?

YES..... 01
NO..... 00
DON'T KNOW..... d