

ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2009

Buenos días/tardes/noches:

El **Euskal Estatistika-Erakundea/Instituto Vasco de Estadística -Eustat-** está realizando una encuesta para conocer las condiciones de vida familiar, individual y del entorno en las que vive la población de la C.A. de Euskadi.

Los resultados proporcionan a los responsables políticos una base para la planificación y el diseño de nuevas políticas.

Esta encuesta se realiza una vez cada 5 años, es oficial y por ello de respuesta obligatoria.

¿Podría dedicarme unos minutos?

CUESTIONARIO FAMILIAR

IDEV	TERR	MUNR	DIST	SECC
Dirección completa				
Complemento de dirección				
Entidad de población				
Código postal	Municipio			ZONA
	Territorio			

Nº cuest.	Página
NUMC	F 0
Teléfonos	

ENTREVISTADO

1 ^{er} . Apellido	
2 ^o . Apellido	
Nombre	

CONDICIONES DEL INFORMANTE FAMILIAR

- A. Pertener al colectivo familiar
- B. Ser mayor de 15 años
- C. Ser una persona idónea para informar del colectivo familiar

AGENTE

1 ^{er} . Apellido	
2 ^o . Apellido	Código
Nombre	

FECHA DE LA ENTREVISTA FAMILIAR

1. Día	2. Mes	3. Año

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

TELÉFONO GRATUÍTO: 900 460 405

e-mail: ECV09@araldi.es

OFICINAS: VITORIA-GASTEIZ: Samaniego, 2-7^o

BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3^o

DONOSTIA-SAN SEBASTIAN: Okendo, 16-3^o



Los datos obtenidos mediante este cuestionario se utilizarán para la "Encuesta de Condiciones de Vida", operación estadística regulada con el número 010901 en la Ley 2/2005, de 17 de febrero, del Plan Vasco de Estadística 2005-2008, y a tal fin, se incorporarán a un fichero automatizado para su tratamiento.

LEY DE ESTADÍSTICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:

- Artículos 9 al 16: en relación con la Ley del Plan Vasco de Estadística, V.d. está obligado a suministrar la información estadística que se le requiere.
- Artículos 19 al 23: todos los datos suministrados quedan amparados por el secreto estadístico.

Si lo desea, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación ante la Dirección General de Eustat, C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz.

COMPOSICIÓN DEL COLECTIVO FAMILIAR

F 1

NÚMERO DE ORDEN	SITUACIÓN DEL ENCUESTADO	NOMBRE 1 ^{ER} . APELLIDO 2 ^º . APELLIDO D.N.I. o Número de Identificación de Extranjeros	SEXO	LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD	PARENTESCO O RELACIÓN CON LA PERSONA Nº 1 Hay que señalar con un aspa (X) en la casilla correspondiente al tipo de parentesco a que pertenezca el caso descrito.
	(C0)	(C1)	(C2)	(C3)	(C4)
0 1	A. Permanece <input type="checkbox"/> B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/>	Nombre 1 ^º . Apellido 2 ^º . Apellido D.N.I. / N.I.E.	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Varón <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> Día Mes Año Años de edad	A. Persona número 1 <input checked="" type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja de persona nº1 <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> F. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> G. Nieto/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente de la persona nº1 <input type="checkbox"/> I. Persona del servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Otra persona no emparentada <input type="checkbox"/>
0 2	A. Permanece <input type="checkbox"/> B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/>	Nombre 1 ^º . Apellido 2 ^º . Apellido	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Varón <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> Día Mes Año Años de edad	A. Persona número 1 <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja de persona nº1 <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> F. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> G. Nieto/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente de la persona nº1 <input type="checkbox"/> I. Persona del servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Otra persona no emparentada <input type="checkbox"/>
0 3	A. Permanece <input type="checkbox"/> B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/>	Nombre 1 ^º . Apellido 2 ^º . Apellido	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Varón <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> Día Mes Año Años de edad	A. Persona número 1 <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja de persona nº1 <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> F. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> G. Nieto/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente de la persona nº1 <input type="checkbox"/> I. Persona del servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Otra persona no emparentada <input type="checkbox"/>
0 4	A. Permanece <input type="checkbox"/> B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/>	Nombre 1 ^º . Apellido 2 ^º . Apellido	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Varón <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> Día Mes Año Años de edad	A. Persona número 1 <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja de persona nº1 <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> F. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> G. Nieto/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente de la persona nº1 <input type="checkbox"/> I. Persona del servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Otra persona no emparentada <input type="checkbox"/>
0 5	A. Permanece <input type="checkbox"/> B. Alta <input type="checkbox"/> C. Baja <input type="checkbox"/>	Nombre 1 ^º . Apellido 2 ^º . Apellido	A. Mujer <input type="checkbox"/> B. Varón <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/> Día Mes Año Años de edad	A. Persona número 1 <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja de persona nº1 <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, Hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Padre, madre, suegro/a <input type="checkbox"/> F. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> G. Nieto/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente de la persona nº1 <input type="checkbox"/> I. Persona del servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Otra persona no emparentada <input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA DE REFERENCIA

F 2

C5	C6	C7
Señale con un X si hay relaciones familiares entre las personas de la vivienda de cada uno de los siguientes tipos:	Señale, <u>para cada caso marcado</u> , el NÚMERO DE ORDEN (ver página anterior) de las siguientes personas:	PERSONA DE REFERENCIA Considerando la(s) persona(s) seleccionada(s) en la pregunta anterior, señale el número de orden de la única persona marcada, o, si hay varias, el número de orden de la persona de más edad.
1. Matrimonio o pareja con o sin hijo/s <input type="checkbox"/>	1. Número de orden del varón (si hay más de uno, el de más edad) <input type="text"/>	Persona número <input type="text"/>
2. Padre solo con hijo/s <input type="checkbox"/>	2. Número de orden del padre (si hay más de uno, el de más edad) <input type="text"/>	
3. Madre sola con hijo/s <input type="checkbox"/>	3. Número de orden de la madre (si hay más de una, la de más edad) <input type="text"/>	
4. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>	4. Número de orden de la persona de más edad <input type="text"/>	

C8	C9	C10	C11	C12	
NÚMERO DE ORDEN	ESTADO CIVIL LEGAL	¿Cuál es su nacionalidad?	¿Ha residido siempre en ese municipio, a pesar de que pueda haber nacido en otro por cualquier circunstancia, como, por ejemplo, por haber ido su madre a dar a luz a una clínica en otro municipio?	LUGAR DE PROCEDENCIA Señale desde donde se trasladó en el último cambio de residencia.	¿Está empa- dronado en este municipio?
<input type="text"/>	A. Soltero/a <input type="checkbox"/> B. Casado/a <input type="checkbox"/> C. Viudo/a <input type="checkbox"/> D. Divorciado/a, matrimonio anulado <input type="checkbox"/> E. Separado/a legal <input type="checkbox"/>	A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otra <input type="checkbox"/> C. Extranjera <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Álava <input type="checkbox"/> B. Bizkaia <input type="checkbox"/> C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/> D. Resto de España <input type="checkbox"/> E. Resto del mundo <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>

C13	C14	C15	C16	
NÚMERO DE ORDEN	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Indique los estudios de más alto nivel que esté realizando o haya realizado . Si no ha realizado estudios, aunque sepa leer y escribir, señale "Sin estudios".	RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD Refiriéndonos a la semana pasada , señale cuál era su situación en relación con la actividad.	PROFESIÓN U OFICIO Señale cuál es la profesión principal u oficio que desempeña o el último que ha desempeñado. Si no ha trabajado nunca indíquelo.	SITUACIÓN PROFESIONAL Señale el sector económico en el que la desarrolla o ha desarrollado así como cuál es o era su última situación profesional.
<input type="text"/>	A. Sin estudios <input type="checkbox"/> B. Primarios (EGB, ESO...) <input type="checkbox"/> C. Medios (F.P., Bachiller...) <input type="checkbox"/> D. Universitarios (Medios y superiores) <input type="checkbox"/>	A. Ocupado (Trabajó al menos 1 hora) <input type="checkbox"/> B. Parado <input type="checkbox"/> C. Inactivo <input type="checkbox"/>	No ha trabajado nunca <input type="checkbox"/> F1 A. Dirección de empresas y Administración Pública <input type="checkbox"/> B. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales <input type="checkbox"/> C. Técnicos y profesionales de apoyo <input type="checkbox"/> D. Empleados de tipo administrativo <input type="checkbox"/> E. Trabajadores de servicios de restauración, personales y de protección y vendedores de comercio <input type="checkbox"/> F. Trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca <input type="checkbox"/> G. Trabajadores cualificados de la industria, la construcción y la minería <input type="checkbox"/> H. Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores <input type="checkbox"/> I. Trabajadores no cualificados <input type="checkbox"/> J. Fuerzas armadas <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/> Resto 2. A. Empresario con asalariados <input type="checkbox"/> B. Autónomo <input type="checkbox"/> C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/> D. Cooperativista <input type="checkbox"/> E. Asalariado fijo <input type="checkbox"/> F. Asalariado eventual <input type="checkbox"/> G. Otras situaciones <input type="checkbox"/>

F1

F2

Refiriéndose a su grupo familiar en conjunto, indique si mantiene relaciones con otros miembros de su **familia más próxima** -padres, hermanos e hijos- **que no viven en esta vivienda**. (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales: bodas, bautizos, etc.)

Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)

	Todos los días	Una o varias veces a la semana	Una o varias veces al mes	Una o varias veces al año	Nunca
A. No tienen <input type="checkbox"/>					
B. Tienen, pero no se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
C. Tienen y se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vienen ellos a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3

F4

Señale si su grupo familiar mantiene relaciones con **otros familiares** -tíos, primos, otros parientes. (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales, bodas, bautizos, etc.)

Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)

	Todos los días	Una o varias veces a la semana	Una o varias veces al mes	Una o varias veces al año	Nunca
A. No tienen <input type="checkbox"/>					
B. Tienen, pero no se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
C. Tienen y se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vienen ellos a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5

F6

RELACIONES CON AMIGOS

Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)

	Todos los días	Una o varias veces a la semana	Una o varias veces al mes	Una o varias veces al año	Nunca
A. No tienen <input type="checkbox"/>					
B. Tienen, pero no se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
C. Tienen y se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>					
1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se comunican por carta o correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Van a visitarles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vienen ellos a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se reúnen para comer, cenar, etc...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7

F8

RELACIONES CON VECINOS	Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)					
	Todos los días	Una o varias veces a la semana	Una o varias veces al mes	Una o varias veces al año	Nunca	
A. No tienen <input type="checkbox"/>						<p>M1</p>
B. Tienen, pero no se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>	1. Hablan en la escalera, portal, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Van a su casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Vienen ellos a la suya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Tienen y se relacionan con ellos <input type="checkbox"/>	4. Se reúnen para comer, cenar, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDIO AMBIENTE

M1

M2

Existe en el barrio, pueblo o zona donde reside, alguno de los siguientes problemas. (Responda a todas)	¿Se ha visto su grupo familiar, o alguno de sus miembros, afectado en los últimos 3 años por alguno de los siguientes problemas? (Responda a todas)
1. Delincuencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1. Robo en la vivienda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Droga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Robo dentro del coche <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Mendicidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. Robo en otras propiedades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Prostitución <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. Agresiones físicas o sexuales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Agresividad en las relaciones sociales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. Robo del coche <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Alcoholismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Problemas étnicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

M3

M4

M5

M6

¿Suele tener que cerrar las ventanas de alguna habitación debido a molestias externas (ruidos, humos, malos olores)?	Frecuencia de las molestias.	¿Existen en el barrio, pueblo o zona donde vive, o en sus proximidades, industrias contaminantes del aire y/o de los ríos?	Frecuencia de la contaminación
A. No <input type="checkbox"/>	A. Diaria <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	A. Diaria <input type="checkbox"/>
	B. De vez en cuando <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	B. De vez en cuando <input type="checkbox"/>
B. Sí <input type="checkbox"/>	C. Casi nunca <input type="checkbox"/>	C. No sabe <input type="checkbox"/>	C. Casi nunca <input type="checkbox"/>

EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

F 5

V1

V2

Servicios que tiene o no tiene la vivienda (Responda a todas)			Principal fuente de calor de la vivienda	
	Tiene	No tiene		
1. Agua caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Calefacción central	<input type="checkbox"/>
2. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Caldera individual de gas, eléctrica...	<input type="checkbox"/>
3. Cuarto trastero/camarote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Radiadores eléctricos en cada habitación	<input type="checkbox"/>
4. Armarios empotrados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Radiadores o placas eléctricas en alguna habitación	<input type="checkbox"/>
5. Puerta de servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Estufa de gas	<input type="checkbox"/>
6. Puerta blindada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Otros tipos	<input type="checkbox"/>
7. Cerradura de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Gas distribuido por tubería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Algún sistema de calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

V3

V4

Equipamientos del hogar que tiene o no tiene la vivienda (Responda a todas)			Número de espacios que componen la vivienda habitual, metros cuadrados útiles y tenencia de vivienda(s) secundaria(s) (Responda a todas)	
	Tiene	No tiene		Nº
1. Teléfono fijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Vestibulo o hall	<input type="text"/>
2. Frigorífico-congelador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cocina	<input type="text"/>
3. Frigorífico sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cuarto de baño	<input type="text"/>
4. Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Aseo o retrete	<input type="text"/>
5. Lavavajillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Salón/comedor	<input type="text"/>
6. Cocina vitrocerámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Sala de estar	<input type="text"/>
7. Horno de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Comedor	<input type="text"/>
8. Horno eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Despacho	<input type="text"/>
9. Secadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Dormitorios	<input type="text"/>
10. Robot multiuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Otras habitaciones	<input type="text"/>
11. Batidora eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Despensa	<input type="text"/>
12. Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Terraza	<input type="text"/>
13. Exprimidor eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Total espacios	<input type="text"/>
14. Horno microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Total metros cuadrados	<input type="text"/>
15. Aspiradora, vaporeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Viviendas secundarias	<input type="text"/>

V5

V6

Equipamiento audiovisual e informático (de cualquier miembro de la familia) (Responda a todas)				Equipamiento deportivo (de cualquier miembro de la familia) (Responda a todas)				
	Tiene	No tiene		Tiene	No tiene		Tiene	No tiene
1. Teléfono móvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. TV por satélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Equipo de música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Teletexto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Motocicleta de menos de 50 cc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Radio transistor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Vídeo/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Palas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Discman/reproductor de MP3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Videoconsola de juegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Raquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cámara fotográfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ordenador, PC, Portátil...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Tabla de surf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Equipo de filmación/Videocámara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Conexión a Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Escopeta de caza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Proyector	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Correo electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Caña de pescar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. TV color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Impresora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Equipo de esquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TV de pago/por cable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Lector/grabador CD-ROM/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Tienda de camping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V7

V8

V9

V10

Número de vehículos propios o de la empresa para su uso privado y marca de los mismos. (Responda a todas)	Régimen de tenencia de la vivienda	¿Se han planteado cambiar de vivienda en el último año?	¿Por qué motivo? Elija la(s) respuesta(s)
--	------------------------------------	---	---

1. Motocicletas (más de 50 cc) <input type="checkbox"/> 2. (Marca y cilindrada) 3. Coches (incluir monovolumen) <input type="checkbox"/> 4. (Marca y modelo) 5. Furgonetas <input type="checkbox"/> 6. Caravanas <input type="checkbox"/> 7. Embarcaciones de recreo <input type="checkbox"/>	A. En propiedad y totalmente pagada <input type="checkbox"/> B. En propiedad, con pagos aplazados <input type="checkbox"/> C. Facilitada por la empresa <input type="checkbox"/> D. En alquiler sin muebles <input type="checkbox"/> E. En alquiler con muebles <input type="checkbox"/> F. Otras formas <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Tamaño inadecuado <input type="checkbox"/> 2. No tiene ascensor <input type="checkbox"/> 3. Mal estado <input type="checkbox"/> 4. Mala ubicación <input type="checkbox"/> 5. Buscar vivienda unifamiliar o adosada <input type="checkbox"/> 6. Desea vivienda en propiedad (vive en alquiler) <input type="checkbox"/> 7. Otros motivos <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

EQUIPAMIENTO DEL ENTORNO

E1

E2

Tipo de vivienda	Características del edificio. (Responda a todas)
------------------	---

A. Casa unifamiliar en urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/>	} E3	1. Planta número <input type="text"/>
B. Casa unifamiliar en alineamiento regular, adosado <input type="checkbox"/>		2. Número de viviendas de la planta <input type="text"/>
C. Casa unifamiliar aislada <input type="checkbox"/>		3. Número de plantas del edificio <input type="text"/>
D. Piso o apartamento en edificio de urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/>		4. Número total de viviendas <input type="text"/>
E. Piso o apartamento en edificio en alineamiento regular <input type="checkbox"/>		
F. Piso o apartamento en edificio aislado <input type="checkbox"/>		
G. Vivienda en edificio destinado a otros fines <input type="checkbox"/>		

E3

E4

Servicios que tiene o no tiene el edificio (Responda a todas)	Equipamientos deportivos o de recreo que tiene o no tiene el edificio o urbanización (Responda a todas)
--	--

	Tiene	No tiene		Tiene	No tiene
1. Ascensor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Frontón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Garaje (del edificio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Pista de tenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Calefacción central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Jardín infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Agua caliente central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Piscina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Escalera de incendios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Parking privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Portero automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Césped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Antena parabólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Locales/establecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

E5

E6

Servicios y equipamientos que hay o no en el entorno próximo No más de 10 minutos andando (Responda a todas)			Servicios y equipamientos que hay o no en el entorno No más de 20 minutos andando (Responda a todas)		
	Hay	No hay		Hay	No hay
1. Supermercado/Autoservicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Mercado municipal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Carnicería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pescadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Ambulatorio/Médico de cabecera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Panadería/Lechería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Centro de Educación Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frutería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Librería/Tienda de música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tienda de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Biblioteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Guardería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Hogar del jubilado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Droguería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Correos/Telégrafos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cafetería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Banco o Caja de Ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Farmacia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Teléfono público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Parada de taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Venta de prensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Cine/Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jardín/Plaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Frontón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Parada de autobús urbano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Polideportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECURSOS ECONÓMICOS

R1

R2

R3

R4

R5

¿Tienen ustedes servicio doméstico?	Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale si su familia recibe ayuda de personas de otros hogares para las tareas que se mencionan Elija la(s) respuesta(s)	Si recibe ayuda de otros hogares, señale las horas semanales totales	¿Reciben ellos a cambio alguna compensación material por esas ayudas?	Con los ingresos actuales ¿cómo llegan a final de mes?
-------------------------------------	--	--	---	--

A. No tienen <input type="checkbox"/> B. Tienen y reside en la vivienda <input type="checkbox"/> C. Tienen pero no reside en la vivienda <input type="checkbox"/>	A. No recibe <input type="checkbox"/> R5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Horas	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Con apuros <input type="checkbox"/> B. Sin dificultad <input type="checkbox"/>
	B. 1. Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.) <input type="checkbox"/>			
	2. Preparación de las comidas <input type="checkbox"/>			
	3. Fregado de vajilla <input type="checkbox"/>			
	4. Preparación de la ropa (coser, lavar, plancha) <input type="checkbox"/>			
	5. Limpieza de la casa <input type="checkbox"/>			
	6. Cuidado de los niños <input type="checkbox"/>			
	7. Cuidado a ancianos y dependientes <input type="checkbox"/>			
8. Otras actividades menores <input type="checkbox"/>				

R6

R7

R8

R9

R10

R11

R12

Señale si su familia se ha visto obligada en los últimos 3 años a imponerse restricciones económicas de cualquier tipo	¿Cuáles fundamentalmente? Elija la(s) respuesta(s)	Refiriéndose a su presupuesto familiar, indique si se arregla mejor o peor que hace 3 años	¿Ha pedido alguien de su grupo familiar ayuda económica a otros familiares o amigos en los últimos 3 años para hacer frente a cualquier tipo de gasto extraordinario?	Indique si considera que sus ingresos actuales son estables	Número de personas en la familia que perciben ingresos regularmente	¿Cuáles son los ingresos familiares globales netos del mes pasado (en euros)?
--	---	--	---	---	---	---

A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Alimentación <input type="checkbox"/>	A. Mejor <input type="checkbox"/> B. Peor <input type="checkbox"/> C. Igual <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
	2. Vestido y calzado <input type="checkbox"/>					2. A. Hasta 500 € <input type="checkbox"/>
	3. Cuidados médicos <input type="checkbox"/>					B. 501-1.000 € <input type="checkbox"/>
	4. Equipamiento del hogar <input type="checkbox"/>					C. 1.001-1.500 € <input type="checkbox"/>
	5. Ocio, tabaco y bebida <input type="checkbox"/>					D. 1.501-2.000 € <input type="checkbox"/>
	6. Otros <input type="checkbox"/>					E. 2.001-2.500 € <input type="checkbox"/>
	F. 2.501-3.500 € <input type="checkbox"/>					
	G. Más de 3.500 € <input type="checkbox"/>					