

ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2019

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

CONDICIONES DEL INFORMANTE FAMILIAR

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

NUMC

ENTREVISTADOR/A

Hora comienzo: :
Hora fin: :

FECHA DE LA ENTREVISTA 1. Día 2. Mes 3. Año

NIND Número de orden del informante del cuestionario familiar

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

TELÉFONO GRATUITO: 900 101 963

e-mail: ecv@eustat.eus

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

BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3º

DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN: Okendo, 16-3º



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 3/2014, de 13 de noviembre, del Plan Vasco de Estadística 2014-2017, 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, Vd. 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

	C0	C1	C2	C3	C4
NÚMERO DE ORDEN Orden secuencial de las personas de la vivienda	SITUACIÓN DEL ENCUESTADO ¿Se encuentran estas personas en la vivienda? Añada las que sea preciso	NOMBRE, APELLIDOS Y D.N.I. o Número de Identificación de Extranjeros	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO
0 1	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> -</p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/></p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/>-FIN</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º. Apellido <input type="text"/> 2º. Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>
 	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> -</p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/></p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/>-FIN</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º. Apellido <input type="text"/> 2º. Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>
 	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> -</p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/></p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/>-FIN</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º. Apellido <input type="text"/> 2º. Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>
 	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> -</p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/></p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/>-FIN</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º. Apellido <input type="text"/> 2º. Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>
 	<p>A. Permanece <input type="checkbox"/> -</p> <p>B. Alta <input type="checkbox"/></p> <p>C. Baja <input type="checkbox"/>-FIN</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º. Apellido <input type="text"/> 2º. Apellido <input type="text"/> D.N.I. / N.I.E.	<p>A. Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año Edad cumplida <input type="text"/>	<p>A. Álava <input type="checkbox"/></p> <p>B. Bizkaia <input type="checkbox"/></p> <p>C. Gipuzkoa <input type="checkbox"/></p> <p>D. Resto de España <input type="checkbox"/></p> <p>E. Resto del mundo <input type="checkbox"/></p>

C5	C6	C7	C8	C9	C10
NACIONALIDAD ¿Cuál es su nacionalidad?	¿Está empadronado/a en este municipio?	PARENTESCO O RELACIÓN CON LA PRIMERA PERSONA Señale con un aspa (X) en la casilla correspondiente al tipo de parentesco a que pertenezca el caso descrito	CÓNYUGE Indique si tiene cónyuge o pareja y éste reside en la vivienda y su número de orden	MADRE Indique si su madre reside en la vivienda y su número de orden	PADRE Indique si su padre reside en la vivienda y su número de orden
A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otras <input type="checkbox"/> C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> D. De otro país <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Primera persona <input checked="" type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> F. Nieto/a <input type="checkbox"/> G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente <input type="checkbox"/> I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otras <input type="checkbox"/> C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> D. De otro país <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Primera persona <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> F. Nieto/a <input type="checkbox"/> G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente <input type="checkbox"/> I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otras <input type="checkbox"/> C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> D. De otro país <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Primera persona <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> F. Nieto/a <input type="checkbox"/> G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente <input type="checkbox"/> I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otras <input type="checkbox"/> C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> D. De otro país <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Primera persona <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> F. Nieto/a <input type="checkbox"/> G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente <input type="checkbox"/> I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A. Española <input type="checkbox"/> B. Española y otras <input type="checkbox"/> C. De un país de la UE <input type="checkbox"/> D. De otro país <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	A. Primera persona <input type="checkbox"/> B. Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> C. Hijo/a, hijastro/a <input type="checkbox"/> D. Yerno, nuera <input type="checkbox"/> E. Hermano/a, cuñado/a <input type="checkbox"/> F. Nieto/a <input type="checkbox"/> G. Sobrino/a <input type="checkbox"/> H. Otro pariente <input type="checkbox"/> I. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> J. Persona no emparentada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> ↓ Personanúmero <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SELECCIÓN DE LA PERSONA DE REFERENCIA

F 2

C11	C12	C13
TIPO DE GRUPO FAMILIAR Señale con una 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 hijos/as <input type="checkbox"/> → 1. Número de orden del cónyuge o pareja de mayor edad 2. Padre solo con hijos/as <input type="checkbox"/> → 2. Número de orden del padre (si hay más de uno, el de más edad) 3. Madre sola con hijos/as <input type="checkbox"/> → 3. Número de orden de la madre (si hay más de una, la de más edad) 4. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> → 4. Número de orden de la persona de más edad		Persona número <input type="text"/> Nombre <input type="text"/> 1º.Apellido <input type="text"/> 2º.Apellido <input type="text"/>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PERSONA DE REFERENCIA

C14	C15	C16	C17
ESTADO CIVIL LEGAL ¿Cuál es el estado civil legal actual de la persona de referencia?	¿Ha residido siempre en ese municipio la persona de referencia? Se considera el municipio de nacimiento aquél en el que residían sus padres al nacer (no tener en cuenta circunstancias como nacer en una clínica situada en otro municipio).	LUGAR DE PROCEDENCIA Señale desde dónde se trasladó la persona de referencia en el último cambio de residencia.	NIVEL DE INSTRUCCIÓN ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que está realizando o ha realizado la persona de referencia?
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"/> F. Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> → C17	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. Sin estudios <input type="checkbox"/> B. Primarios (Enseñanza Primaria, EGB) <input type="checkbox"/> C. Profesionales (Maestría profesional, FP1, FP2, Módulos profesionales, Ciclos formativos) <input type="checkbox"/> D. Secundarios (ESO, BUP, COU, Bachillerato) <input type="checkbox"/> E. Superiores (Estudios Universitarios, Ingenierías, Técnicas, Grados, Diplomaturas, Licenciaturas...) <input type="checkbox"/>

C18	C19	C20
RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD Refiriéndonos a la semana pasada, señale cuál era la situación en relación con la actividad de la persona de referencia.	PROFESIÓN Señale cuál es la profesión principal u oficio que desempeña o el último que ha desempeñado la persona de referencia. 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.

A. Ocupado/a <input type="checkbox"/> B. Parado/a, busca 1º empleo <input type="checkbox"/> C. Parado/a, ha trabajado antes <input type="checkbox"/> D. Jubilado/a (ha trabajado) <input type="checkbox"/> E. Otros/as pensionistas (no de jubilación) <input type="checkbox"/> F. Escolar, menor, estudiante <input type="checkbox"/> G. Labores del hogar <input type="checkbox"/> H. Otros (rentista,...) <input type="checkbox"/>	Nunca tuvo empleo <input type="checkbox"/> → F1 A. Director/a o gerente/a (empresas y Administración Pública) <input type="checkbox"/> B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a,...) <input type="checkbox"/> C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante/a, programador/a,...) <input type="checkbox"/> D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas) <input type="checkbox"/> E. Trabajador/a de los servicios de restauración, personales, protección o vendedores <input type="checkbox"/> F. Trabajador/a cualificado en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero <input type="checkbox"/> G. Artesano/a o trabajador/a cualificado/a en la industria manufacturera o la construcción <input type="checkbox"/> H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a <input type="checkbox"/> I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/> Resto 2. <input type="checkbox"/> A. Empresario/a con personas asalariadas <input type="checkbox"/> B. Autónomo/a <input type="checkbox"/> C. Ayuda familiar <input type="checkbox"/> D. Cooperativista <input type="checkbox"/> E. Con empleo asalariado fijo <input type="checkbox"/> F. Con empleo asalariado eventual <input type="checkbox"/> G. Otras situaciones <input type="checkbox"/>
--	--	---

RELACIONES FAMILIARES

F3

F1 RELACIONES CON LA FAMILIA PRÓXIMA Indique si su grupo familiar mantiene relaciones con otros miembros de su familia más próxima -padres/madres, hermanos/as e hijos/as- que no viven en esta vivienda. (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales: bodas, bautizos, etc.)	F2 FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON LA FAMILIA PRÓXIMA Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)
---	--

A. No tienen <input type="checkbox"/> B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/> C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet <input type="checkbox"/> 2. Se comunican por carta o correo electrónico <input type="checkbox"/> 3. Van a visitarles <input type="checkbox"/> 4. Viene(n) ellos/as a su casa <input type="checkbox"/> 5. Se reúnen para comer, cenar, etc... <input type="checkbox"/> 6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda <input type="checkbox"/>
--	--

F3 RELACIONES CON OTROS FAMILIARES Señale si su grupo familiar mantiene relaciones con otros familiares - tíos/as, primos/as, otros parientes. (No considerar las reuniones para celebraciones puntuales, bodas, bautizos, etc.)	F4 FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON OTROS FAMILIARES Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)
---	--

A. No tienen <input type="checkbox"/> B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/> C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet <input type="checkbox"/> 2. Se comunican por carta o correo electrónico <input type="checkbox"/> 3. Van a visitarles <input type="checkbox"/> 4. Viene(n) ellos/as a su casa <input type="checkbox"/> 5. Se reúnen para comer, cenar, etc... <input type="checkbox"/> 6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda <input type="checkbox"/>
--	--

F5 RELACIONES CON AMIGOS/AS Señale si su grupo familiar se relaciona con amigos/as .	F6 FRECUENCIA DE LA RELACIÓN CON AMIGOS/AS Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)
---	---

A. No tienen <input type="checkbox"/> B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/> C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1. Se llaman por teléfono o chatean por Internet <input type="checkbox"/> 2. Se comunican por carta o correo electrónico <input type="checkbox"/> 3. Van a visitarles <input type="checkbox"/> 4. Viene(n) ellos/as a su casa <input type="checkbox"/> 5. Se reúnen para comer, cenar, etc... <input type="checkbox"/> 6. Se prestan cualquier tipo de servicio o ayuda <input type="checkbox"/>
--	--

F7

F8

<p>RELACIONES CON VECINOS/AS</p> <p>Señale si su grupo familiar se relaciona con vecinos/as.</p>	<p>FRECUENCIA DE RELACIÓN CON VECINOS/AS</p> <p>Señale la frecuencia con la que se relacionan. (Responda a todas)</p>
--	--

A. No tienen <input type="checkbox"/> B. Tienen, pero no se relacionan <input type="checkbox"/> C. Tienen y se relacionan <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M1	<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Nunca	
	<input type="checkbox"/> 1. Hablan en la escalera, portal, etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 3. Vienen ellos/as a la suya	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 4. Se reúnen para comer, cenar, etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>

MEDIO AMBIENTE

M1

M2

<p>¿Existe en el barrio, pueblo o zona donde reside, alguno de los siguientes problemas? (Responda a todas)</p>	<p>¿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)</p>
---	---

<p>Sí No</p> <p>1. Delincuencia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Drogas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Mendicidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Prostitución <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Agresividad en las relaciones sociales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Alcoholismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Problemas étnicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No</p> <p>1. Robo en la vivienda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Robo dentro del coche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Robo en otras propiedades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Agresiones físicas o sexuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Robo del coche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	--

M3

M4

M5

M6

<p>MOLESTIAS EXTERNAS</p> <p>¿Suele tener que cerrar las ventanas de alguna habitación debido a molestias externas (ruidos, humos, malos olores)?</p>	<p>Señale la frecuencia de las molestias externas.</p>	<p>CONTAMINACIÓN</p> <p>¿Existen en el barrio, pueblo o zona donde vive, o en sus proximidades, industrias contaminantes del aire y/o de los ríos?</p>
---	--	--

A. No <input type="checkbox"/> M5	<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"/> C. Casi nunca	<input type="checkbox"/> C. No sabe	<input type="checkbox"/> C. Casi nunca

EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

F 5

V1

V2

Indique qué servicios tiene o no tiene la vivienda.
(Responda a todas)

¿Cuál es la 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	

V3

V4

Indique qué equipamientos del hogar tiene o no tiene la vivienda.
(Responda a todas)

Indique el 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. Vestíbulo o hall <input type="checkbox"/>
2. Frigorífico-congelador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Cocina <input type="checkbox"/>
3. Frigorífico sólo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cuarto de baño <input type="checkbox"/>
4. Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Aseo o retrete <input type="checkbox"/>
5. Lavavajillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Salón/comedor <input type="checkbox"/>
6. Cocina vitrocerámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Sala de estar <input type="checkbox"/>
7. Horno de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Comedor <input type="checkbox"/>
8. Horno eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Despacho <input type="checkbox"/>
9. Secadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Dormitorios <input type="checkbox"/>
10. Robot multiuso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Otras habitaciones <input type="checkbox"/>
11. Batidora eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Despensa <input type="checkbox"/>
12. Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Terraza <input type="checkbox"/>
13. Exprimidor eléctrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Total espacios <input type="checkbox"/>
14. Horno microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Total metros cuadrados <input type="checkbox"/>
15. Aspiradora, vaporero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Viviendas secundarias <input type="checkbox"/>

V5

V6

Indique el equipamiento audiovisual e informático (de cualquier miembro de la familia).
(Responda a todas)

Indique el 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. Reproductor de música (MP3, MP4)	<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, Tablet...	<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

Indique el número de vehículos propios o de la empresa para uso privado y marca de los mismos. (Responda a todas)	Indique el 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"/>	A. En propiedad y totalmente pagada <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> - E1	1. Tamaño inadecuado <input type="checkbox"/>
2. ----- (Marca y cilindrada) <input type="checkbox"/>	B. En propiedad, con pagos aplazados <input type="checkbox"/>		2. No tiene ascensor <input type="checkbox"/>
3. Coches (incluir monovolumen) <input type="checkbox"/>	C. Facilitada por la empresa <input type="checkbox"/>		3. Mal estado <input type="checkbox"/>
4. ----- (Marca y modelo) <input type="checkbox"/>	D. En alquiler sin muebles <input type="checkbox"/>		4. Mala ubicación <input type="checkbox"/>
5. Furgonetas <input type="checkbox"/>	E. En alquiler con muebles <input type="checkbox"/>		5. Buscar vivienda unifamiliar o adosada <input type="checkbox"/>
6. Caravanas <input type="checkbox"/>	F. Otras formas <input type="checkbox"/>		6. Desea vivienda en propiedad (vive en alquiler) <input type="checkbox"/>
7. Embarcaciones de recreo <input type="checkbox"/>			7. Otros motivos <input type="checkbox"/>

EQUIPAMIENTO DEL ENTORNO

E1

E2

Indique el tipo de vivienda en la que reside.	Señale las características del edificio. (Responda a todas)
---	--

A. Casa unifamiliar en urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/>	E3	1. Planta número <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Casa unifamiliar en alineamiento regular, adosado <input type="checkbox"/>		2. Número de viviendas de la planta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. Casa unifamiliar aislada <input type="checkbox"/>		3. Número de plantas del edificio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Piso o apartamento en edificio de urbanización o complejo urbanístico <input type="checkbox"/>		
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"/>		4. Número total de viviendas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

E3

E4

Indique que servicios tiene o no tiene el edificio. (Responda a todas)	Indique que equipamientos deportivos o de recreo tiene o no tiene el edificio o urbanización. (Responda a todas)
---	---

	Tiene <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>		Tiene <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>
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"/>			
9. Edificio adaptado (sin barreras arquitectónicas, ascensor cota cero, rampas de acceso, acceso a vivienda sin escaleras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

E5

E6

Indique qué servicios y equipamientos hay o no en el entorno próximo.
No más de 10 minutos andando.
(Responda a todas)

Indique qué servicios y equipamientos hay o no en el entorno próximo.
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. Drogería	<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, metro o tranvía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Polideportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17. Oficina de atención ciudadana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17. Servicio social de base	<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 resides en la vivienda <input type="checkbox"/> C. Tienen pero no resides en la vivienda <input type="checkbox"/>	A. No recibe <input type="checkbox"/> — R5	A. No <input type="checkbox"/> B. Si <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, planchar) <input type="checkbox"/>		
	5. Limpieza de la casa <input type="checkbox"/>		
	6. Cuidado de los niños/as <input type="checkbox"/>		
	7. Cuidado a personas mayores y/o dependientes <input type="checkbox"/>		

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/as 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"/> — R8 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"/>	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> € 2. A. Hasta 500 € <input type="checkbox"/> B. 501-1.000 € <input type="checkbox"/> C. 1.001-1.500 € <input type="checkbox"/> D. 1.501-2.000 € <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"/>
	2. Vestido y calzado <input type="checkbox"/>				
	3. Cuidados médicos <input type="checkbox"/>				
	4. Equipamiento del hogar <input type="checkbox"/>				
	5. Ocio y tiempo libre (incluye tabaco y bebida) <input type="checkbox"/>				
	6. Suministros energéticos (luz, agua, gas, calefacción) <input type="checkbox"/>				
	7. Otros <input type="checkbox"/>				

FIN DE ENCUESTA FAMILIAR

ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA 2019

Buenos días/tardes/noches:

El **Euskal Estatistika-Erakunde/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 INDIVIDUAL

CONDICIONES DEL INFORMANTE AUXILIAR

- A. Pertenecer al colectivo familiar
- B. Ser mayor de 15 años
- C. Ser una persona idónea para informar de la persona seleccionada

NUMC

ENTREVISTADOR/A

Hora comienzo: :

Hora fin: :

FECHA DE LA ENTREVISTA 1. Día 2. Mes 3. Año

NIND Número de orden del informante del cuestionario individual

Para cualquier consulta estamos a su disposición en:

TELÉFONO GRATUITO: 900 101 963

e-mail: ecv@eustat.eus

OFICINAS: VITORIA-GASTEIZ: Samaniego, 2-7º
BILBAO: Máximo Aguirre, 18 bis 3º
DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN: Okendo, 16-3º



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 3/2014, de 13 de noviembre, del Plan Vasco de Estadística 2014-2017, 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, Vd. 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.

NIVEL DE INSTRUCCION

P | 1

I1	I2	I3	I4	I5	I6
¿Asiste a algún centro educativo o de cuidado de niños/as?	Con independencia de que su profesión sea o no la de estudiante, ¿realiza actualmente estudios reglados?	ESTUDIOS EN CURSO Señale los estudios de más alto nivel que está realizando.	SISTEMA DE ENSEÑANZA Y HORARIO ESCOLAR Señale el que sea más habitual y, en el caso de ser varios, el que le exige mayor dedicación.	Indique la distancia que hay desde su casa al centro de estudio.	¿Cómo realiza habitualmente este trayecto?

A. No <input type="checkbox"/> (I14)	A. No <input type="checkbox"/> (I14)	A. Infantil-Primaria <input type="checkbox"/>	A. Estudios con asistencia a centros con horario de mañana y tarde <input type="checkbox"/>	Kms.	A. En coche <input type="checkbox"/>
B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Profesionales <input type="checkbox"/>	B. Estudios con asistencia a centros con horario sólo de mañana <input type="checkbox"/>		B. En tren/metro <input type="checkbox"/>
		C. Secundarios <input type="checkbox"/>	C. Estudios con asistencia a centros sólo por la tarde (comienzo antes de las 5 horas) <input type="checkbox"/>		C. En bus urbano o interurbano, tranvía <input type="checkbox"/>
		D. Superiores <input type="checkbox"/>	D. Estudios con asistencia a centros sólo por la noche (comienzo después de las 5 horas de la tarde) <input type="checkbox"/>		D. En autobús escolar <input type="checkbox"/>
			E. Cursillos, cursos de academias con un máximo de 2 horas día <input type="checkbox"/>		E. Andando <input type="checkbox"/>
			F. Estudios a distancia (Internet, por correspondencia...) <input type="checkbox"/> (I9)		F. En bici/motocicleta <input type="checkbox"/>
					G. Combinando varios <input type="checkbox"/>
				H. Otras formas <input type="checkbox"/>	

I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13
Indique el tiempo que tarda, normalmente, desde su domicilio al centro de estudio.	Habitualmente, ¿vuelve a casa a comer?	CURSOS REPETIDOS Indique si por cualquier razón ha tenido que repetir algún curso	Señale en qué nivel o niveles ha repetido	Además de los estudios normalizados, ¿realiza otro tipo de estudios complementarios?	Señale cuáles son estos otros estudios complementarios. Elija la(s) respuesta(s)	Indique las horas que dedica semanalmente a estos estudios complementarios.

Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (I11)	A. Educación Primaria, ESO, EGB <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> (I24) B. Sí <input type="checkbox"/>	1. Euskera <input type="checkbox"/>	Horas <input type="checkbox"/> (I24)
			B. BUP, FP, BACHILLER, COU <input type="checkbox"/>		2. Inglés <input type="checkbox"/>	
			C. Escuelas universitarias, Universidad <input type="checkbox"/>		3. Otros idiomas <input type="checkbox"/>	
			D. Otros (Escuela Oficial Idiomas,...) <input type="checkbox"/>		4. Música, ballet, dibujo y actividades artísticas en general <input type="checkbox"/>	
			E. En más de uno de los anteriores <input type="checkbox"/>		5. Clases de apoyo <input type="checkbox"/>	
					6. Informática <input type="checkbox"/>	
					7. Otros <input type="checkbox"/>	

I14	I15	I16	I17	I18	I19
¿Tiene 10 o más años?	¿Sabe leer y escribir?	¿Puede leer sin dificultad un libro, un periódico o cualquier comunicación escrita que llegue a su casa?	¿Es capaz de escribir una carta, rellenar un impreso, etc.?	ESTUDIOS REALIZADOS Indique los estudios de más alto nivel realizados y aprobados.	Indique la edad a la que finalizó los estudios señalados.

A. No <input type="checkbox"/> (I24)	A. No <input type="checkbox"/> (I25)	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	1. Sin estudios <input type="checkbox"/> (I25)	Edad <input type="checkbox"/>
B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	2. A. Estudios primarios (Enseñanza Primaria, EGB) <input type="checkbox"/>	
				B. Estudios profesionales (Maestría Profesional, FP1 y FP2, Módulos Profesionales, Ciclos Formativos) <input type="checkbox"/>	
				C. Estudios secundarios (Bachillerato, BUP, COU, ESO) <input type="checkbox"/>	
				D. Estudios superiores (Ingenierías Técnicas, ATS/DUE., Magisterio, Arquitectura, Medicina, Derecho,...) <input type="checkbox"/>	

(I20)	(I21)	(I22)	(I23)	(I24)
AÑOS DE ESTUDIO Señale durante cuántos años acudió regularmente a un centro de enseñanza.	Aunque su profesión no sea la de estudiante, ¿Realiza actualmente algún tipo de estudio?	Señale cuáles son estos estudios. Elija la(s) respuesta(s)	Indique las horas que dedica semanalmente a dichos estudios.	TIPO DE CENTRO Indique el tipo de centro donde cursa o ha cursado sus estudios de primer y segundo grado. (estudios primarios)
<input type="text"/> Años			<input type="text"/> Horas	<p>A. Centro público <input type="checkbox"/></p> <p>B. Centro privado, religioso <input type="checkbox"/></p> <p>C. Centro privado laico <input type="checkbox"/></p> <p>D. Ikastola <input type="checkbox"/></p> <p>E. Otro tipo de centro <input type="checkbox"/></p> <p>F. Varios tipos distintos <input type="checkbox"/></p> <p>G. No cursó estudios <input type="checkbox"/></p>
	A. No <input type="checkbox"/> (I24)	1. Euskera <input type="checkbox"/> 2. Inglés <input type="checkbox"/> 3. Otros idiomas <input type="checkbox"/> 4. Música, ballet, dibujo y actividades artísticas en general <input type="checkbox"/> 5. Cultura general <input type="checkbox"/> 6. Informática <input type="checkbox"/> 7. Capacitación y/o reciclaje profesional <input type="checkbox"/> 8. Otros <input type="checkbox"/>		
	B. Sí <input type="checkbox"/>			

IDIOMAS

(I25)	(I26)	(I27)	(I28)	(I29)
¿Cuál fue la primera lengua en su infancia? (Hasta los 3 años)	¿Lee Euskera?	¿Escribe Euskera?	¿Entiende Euskera?	¿Habla Euskera?
<p>A. Euskera <input type="checkbox"/></p> <p>B. Castellano <input type="checkbox"/></p> <p>C. Las dos: Euskera y Castellano <input type="checkbox"/></p> <p>D. Otra/s <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Lee bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Lee textos sencillos <input type="checkbox"/></p> <p>C. Lee sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No lee <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Escribe bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Escribe frases y textos sencillos <input type="checkbox"/></p> <p>C. Escribe sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No escribe <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Entiende bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Entiende una conversación sencilla <input type="checkbox"/></p> <p>C. Entiende algunas palabras <input type="checkbox"/></p> <p>D. No entiende <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Habla bien <input type="checkbox"/></p> <p>B. Mantiene una conversación sencilla <input type="checkbox"/></p> <p>C. Habla sólo palabras sueltas <input type="checkbox"/></p> <p>D. No habla <input type="checkbox"/></p>

(I30)	(I31)	(I32)	(I33)
CONOCIMIENTO DE OTROS IDIOMAS Señale los otros idiomas que conoce. Elija la(s) respuesta(s)	¿Cual es su conocimiento de inglés? (Responda a todas)	¿Cual es su conocimiento de francés? (Responda a todas)	¿Cual es su conocimiento de otro idioma comunitario? (Responda a todas)

1. Inglés <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>	Con dificultad <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>	Con dificultad <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/>	Con dificultad <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>
2. Francés <input type="checkbox"/> (I32)	1. Lee <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Lee <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Lee <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otro idioma comunitario <input type="checkbox"/> (I33)	2. Escribe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Escribe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Escribe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otros idiomas <input type="checkbox"/>	3. Entiende <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entiende <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Entiende <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No conoce <input type="checkbox"/> (S1)	4. Habla <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habla <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Habla <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

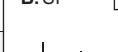
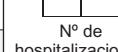
CONDICIONES DE SALUD

| P | 3

S1	S2	S3	S4
<p>Señale si tiene alguna de las siguientes situaciones de discapacidad y/o trastorno grave de salud. Elija la(s) respuesta(s)</p>	<p>¿Tiene alguna dificultad en la realización de sus tareas cotidianas (asearse, desplazarse, relacionarse con los demás, etc.)?</p>	<p>Valore el grado de dificultad que le supone realizar las siguientes actividades: (Responda a todas)</p>	<p>En los últimos 12 meses ¿ha tenido algún problema de salud?</p>

1. Visual grave (ceguera)	<input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> — S4 B. Sí <input type="checkbox"/>	<p>1. Mantener una conversación</p> <p>2. Caminar 400 metros sin fatigarse</p> <p>3. Bajar o subir una escalera</p> <p>4. Moverse dentro de la casa</p> <p>5. Vestirse, desvestirse, asearse</p> <p>6. Comer solo</p>	Sin dificultad	Con cierta dificultad	No puede	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>
2. Auditiva y/o del lenguaje (sordera,...)	<input type="checkbox"/>						
3. Otras físicas (motórica,...)	<input type="checkbox"/>						
4. Intelectual (síndrome de Down)	<input type="checkbox"/>						
5. Psíquica grave (enfermedad mental)	<input type="checkbox"/>						
6. Enfermedad crónica	<input type="checkbox"/>						
7. No tiene ninguna	<input type="checkbox"/>						

S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
¿Tiene derecho a las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social o cualquier otro sistema de previsión sanitaria?	TIPO DE PRESTACION Indique la clase de estas prestaciones sanitarias. Elija la(s) respuesta(s)	¿Ha consultado a algún profesional de la salud en los últimos 12 meses ?	Señale qué profesionales de la salud ha consultado y el número de veces. Elija la(s) respuesta(s)	Indique si ha tenido alguna hospitalización en los últimos 12 meses , y en su caso cuántas y el número total de días de hospitalización.	¿Tiene 6 o más años?	¿Ha tenido que interrumpir o moderar sus actividades habituales (trabajo, ir al colegio, hacer las labores del hogar, ocio,...) por motivos de salud en los últimos 12 meses ?

A. No <input type="checkbox"/> S7	1. Seguridad Social (Osakidetza) <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> S10		1. Médico/a de cabecera <input type="checkbox"/> Nº veces 2. Médicos/as especialistas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Practicante, ATS/DUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Farmacéutico/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Óptico/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Psiquiatra/Psicólogo/a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Dentista/Ortodoncista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Ortopeda/Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. Otros/as sanitarios/as <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> S13	
					B. Sí <input type="checkbox"/>	2. Seguros privados (Igualatorio...) <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>
	3. Otros tipos de previsión sanitaria <input type="checkbox"/>						
					Nº de hospitalizaciones 		
					Nº de días 		
						FIN ENCUESTA	

S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19
Señale durante cuánto tiempo ha tenido que moderar o suspender sus actividades habituales.	REVISIONES Y CHEQUEOS ¿Se ha hecho alguna vez una revisión o chequeo general de su estado de salud?	Señale la periodicidad con las que las realiza.	En los últimos 30 días, ¿ha tomado algún tipo de medicamento?	Indique las personas que se lo han recetado o aconsejado. Elija la(s) respuesta(s)	¿Es donante de sangre, ojos, riñones, etc.? Elija la(s) respuesta(s)	¿Utiliza habitualmente gafas, lentillas u otro tipo de prótesis? Elija la(s) respuesta(s)	¿Considera que su salud en general es...?

Meses		A. No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/>	A. Anual <input type="checkbox"/> B. Cada 2 años <input type="checkbox"/> C. Más de 2 años <input type="checkbox"/> D. Sin periodicidad <input type="checkbox"/> E. Sólo chequeos de empresa <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	1. Médico/a de familia <input type="checkbox"/> 2. Médico/a especialista <input type="checkbox"/> 3. Farmacéutico/a <input type="checkbox"/> 4. Familiares, amigos/as o conocidos/as <input type="checkbox"/> 5. Autorecetado <input type="checkbox"/>	1. No donante <input type="checkbox"/>	1. No utiliza <input type="checkbox"/>	1. Muy buena <input type="checkbox"/>
						2. Sangre <input type="checkbox"/>	2. Gafas <input type="checkbox"/>	2. Buena <input type="checkbox"/>
Días		B. Sí <input type="checkbox"/>	B. Sí <input type="checkbox"/>	3. Riñones <input type="checkbox"/> 4. Ojos <input type="checkbox"/> 5. Otros órganos <input type="checkbox"/> 6. Donante total <input type="checkbox"/>	3. Lentillas <input type="checkbox"/>	4. Audífono <input type="checkbox"/>	3. Regular <input type="checkbox"/>	
					5. Muletas <input type="checkbox"/>	6. Otros <input type="checkbox"/>	4. Mala <input type="checkbox"/>	
								5. Muy mala <input type="checkbox"/>

CONDICIONES DE TRABAJO

P 4

(T1)	(T2)	(T3)	(T4)	(T5)
¿Tiene 16 o más años?	¿Tenía en la semana pasada un empleo continuado (de más de 6 meses de duración total)?	¿Realizó durante la semana pasada alguna actividad o trabajo remunerado , por muy pequeño que este fuera y de cualquier tipo (clases particulares, fontanería, electricidad, costura, etc.)?	¿Trabajaba, aunque fuera poco, la semana pasada y antes en el negocio (bar, comercio, caserío) de un familiar que convive en la vivienda, no recibiendo remuneración fija, salvo manutención y alojamiento?	¿Ha realizado algún trabajo , por pequeño que haya sido, a lo largo de su vida ? (No se incluye labores domésticas, ni ningún tipo de estudios)
A. No <input type="checkbox"/> —(L1) B. Sí <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> —(T6)	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> —(T6)	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> —(T6)	A. No <input type="checkbox"/> —(T23) B. Sí <input type="checkbox"/> —(T19)

(T6)	(T7)	(T8)	(T9)	(T10)	(T11)	(T12)
Indique el tipo de trabajo según el horario.	Indique el tipo de jornada .	Indique si en su horario de entrada y salida está sometido a algún tipo de control.	¿Cuántos días de descanso tiene en una semana normal de trabajo?	Señale si dispone al menos de 2 días seguidos de descanso en la semana.	Indique si trabaja los sábados y/o los domingos. Elija la(s) respuesta(s)	¿Su trabajo se caracteriza por repetir continuamente las mismas operaciones?
A. En turnos <input type="checkbox"/> B. En horario fijo <input type="checkbox"/> C. Sin horario <input type="checkbox"/> (T10)	A. Continua <input type="checkbox"/> B. Partida <input type="checkbox"/> C. Fichaje de reloj <input type="checkbox"/> D. Fichaje con firma <input type="checkbox"/> E. Trabajo en cadena <input type="checkbox"/> F. Control de producción <input type="checkbox"/> G. Otros tipos <input type="checkbox"/>	A. Ningún control <input type="checkbox"/> B. 1 día <input type="checkbox"/> —(T11) C. 2 días <input type="checkbox"/> D. 3 o más días <input type="checkbox"/>	A. Ninguno <input type="checkbox"/> —(T12) B. Un día <input type="checkbox"/> —(T11) C. 2 días <input type="checkbox"/> D. 3 o más días <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/> 1. Sábado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Domingo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>

(T13)	(T14)	(T15)	(T16)	(T17)	(T18)
¿Cuál es la distancia desde su casa al lugar de trabajo?	¿Cómo realiza habitualmente este trayecto?	¿Cuál es la duración media del trayecto desde el domicilio al trabajo?	¿Vuelve habitualmente a casa para comer?	En el transcurso de su vida profesional, ¿ha sufrido algún accidente o enfermedad profesional? Elija la(s) respuesta(s)	De los siguientes inconvenientes, ¿puede indicar si se dan o no en su trabajo? Elija la(s) respuesta(s)

Km. Metros	A. En coche <input type="checkbox"/> B. En tren/metro <input type="checkbox"/> C. En bus urbano o interurbano/tranvía <input type="checkbox"/> D. En autobús de empresa <input type="checkbox"/> E. Andando <input type="checkbox"/> F. En bici/motocicleta <input type="checkbox"/> G. Combinando varios <input type="checkbox"/> H. Otras formas <input type="checkbox"/> I. No se desplaza <input type="checkbox"/> —(T16)	Horas Minutos	A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/>	1. No <input type="checkbox"/> 2. Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> 3. Accidente en el trayecto al trabajo <input type="checkbox"/> 4. Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	1. Malos olores <input type="checkbox"/> 2. Ruidos molestos <input type="checkbox"/> 3. Mala ventilación <input type="checkbox"/> 4. Mala iluminación <input type="checkbox"/> 5. Humedad <input type="checkbox"/> 6. Excesivo frío en invierno <input type="checkbox"/> 7. Excesivo calor en verano <input type="checkbox"/> 8. Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/>
-------------------	---	----------------------	--	---	--

T19

T20

T21

1. ¿Cuál es la ocupación u oficio que desempeña o el último que ha desempeñado? 2. ¿Cuál es la actividad o qué hace el establecimiento en el que trabaja o dirige (trabajaba o dirigía)?	¿Cuál es o era su situación profesional?	Indique el tipo de contrato eventual.
---	---	---------------------------------------

1. Ocupación u oficio	A. Empresario/a con personas asalariadas	A. Formación / prácticas
B. Técnico/a o profesional científico e intelectual (ingeniero/a, médico/a, abogado/a...)	B. Autónomo/a, sin personas asalariadas	B. Estacional o de temporada
C. Técnico/a o profesional de apoyo (delineante, programador/a,...)	C. Ayuda familiar	T22 C. En periodo de prueba
D. Empleado/a, contable, administrativo/a u otros (incluye fuerzas armadas)	D. Cooperativista	
E. Trabajador/a servicios de restauración, personales, protección y vendedores /as	E. Asalariado/a fijo sector privado	
F. Trabajador/a cualificado/a en el sector agrícola, ganadero, forestal o pesquero	F. Asalariado/a fijo Administración o empresa de propiedad Pública	D. Cubre una ausencia
G. Artesano/a o trabajador/a cualificado/a en la industria manufacturera o la construcción	G. Asalariado/a eventual sector privado	E. Obra o servicio
H. Operador/a de instalaciones, maquinaria o montador/a	H. Asalariado/a eventual Administración o empresa pública	
I. Trabajador/a elemental o trabajador/a no cualificado/a	I. Otras situaciones (comunidades religiosas, etc.)	T22 F. Otro
2. Actividad del establecimiento		
A. Agricultura y pesca		
B. Industria y energía		
C. Construcción		
D. Comercio, hostelería y transporte		
E. Banca, seguros y servicios a empresas		
F. Otras actividades de servicios		

T22

T23

T24

T25

T26

T27

¿Cuál es o era su dedicación?	Independiente-mente de que trabajara o no, ¿estaba buscando un (u otro) trabajo o empleo la semana pasada?	Teniendo en cuenta su situación o actividad la semana pasada , ¿se le podría considerar como parado/a ?	¿Considera que su ocupación actualmente es la conocida como sus labores ?	¿Considera que su ocupación actual es la conocida como estudiante u opositor/a ?	Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale la participación. (Responda a todas)
-------------------------------	---	---	--	---	---

Horas semanales	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A.No <input type="checkbox"/> - T25	A.No <input type="checkbox"/>	A.No <input type="checkbox"/>	Sí No
A.Tiempo completo	<input type="checkbox"/>	B.Sí <input type="checkbox"/>	B.Sí <input type="checkbox"/> - T26	B.Sí <input type="checkbox"/> - T27	1.Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B.Tiempo parcial (menos de 30h.)	<input type="checkbox"/>				2.Preparación de las comidas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					3.Fregado de vajilla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					4.Preparación de la ropa (coser, lavar, planchar) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					5.Limpieza de la casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					6.Cuidado de los niños/as <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					7.Cuidado a personas mayores y/o dependientes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					8.Otras actividades menores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

T28

T29

T30

T31

¿Cuántas horas dedica semanalmente a las labores del hogar?	Respecto a cada una de las labores del hogar que se indican, señale si usted ayuda a otros hogares . Si ayuda, conteste las que correspondan.	Si ayuda a otros hogares, señale las horas semanales totales .	¿Recibe alguna compensación económica por esas ayudas?
---	--	---	--

1.Horas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A.No ayuda <input type="checkbox"/> — L1		
2.		B. 1.Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.) <input type="checkbox"/>		A.No <input type="checkbox"/>
A.Menos de 10	<input type="checkbox"/>	2.Preparación de las comidas <input type="checkbox"/>		B.Sí <input type="checkbox"/>
B.De 11 a 20	<input type="checkbox"/>	3.Fregado de vajilla <input type="checkbox"/>		
C.De 21 a 30	<input type="checkbox"/>	4.Preparación de la ropa (coser, lavar, planchar) <input type="checkbox"/>		
D.De 31 a 40	<input type="checkbox"/>	5.Limpieza de la casa <input type="checkbox"/>		
E.De 41 a 50	<input type="checkbox"/>	6.Cuidado de los niños/as <input type="checkbox"/>		
G.Más de 50	<input type="checkbox"/>	7.Cuidado a personas mayores y/o dependientes <input type="checkbox"/>		
		8.Otras actividades menores <input type="checkbox"/>		
		Horas		

(L1)

Indique si realiza y con qué frecuencia las siguientes actividades.
(Responda a todas)

	Habitualmente	Fines de semana	Vacaciones	Alguna vez al año	Nunca		Habitualmente	Fines de semana	Vacaciones	Alguna vez al año	Nunca
1. Ir a ver espectáculos deportivos	<input type="checkbox"/>	8. Oír música en casa	<input type="checkbox"/>								
2. Hacer deporte	<input type="checkbox"/>	9. Leer diarios y revistas de información	<input type="checkbox"/>								
3. Ir al cine	<input type="checkbox"/>	10. Leer novela, teatro, poesía	<input type="checkbox"/>								
4. Ir al monte	<input type="checkbox"/>	11. Leer diarios deportivos y/o revistas del corazón	<input type="checkbox"/>								
5. Ir al teatro, conciertos,	<input type="checkbox"/>	12. Navegar por Internet/chatear	<input type="checkbox"/>								
6. Ver cine en TV	<input type="checkbox"/>	13. Jugar a quinielas, lotería, cupón,	<input type="checkbox"/>								
7. Ver cine en video/DVD	<input type="checkbox"/>	14. Jugar casino, bingo, máquinas tragaperras	<input type="checkbox"/>								

(L2)

(L3)

(L4)

(L5)

(L6)

Indique los días de vacaciones que disfrutó en los últimos 12 meses en cada una de las épocas que se indican y el número de días que se desplazó fuera del domicilio habitual, y si ha estado con la familia o no. (Responda a todas)	Indique el lugar donde ha estado en las vacaciones de mayor duración.	Señale el tipo de residencia que utilizó durante las vacaciones de mayor duración.	Indique el motivo principal por el que no ha disfrutado al menos de una semana de vacaciones fuera del domicilio habitual	Indique la frecuencia con la que acostumbra a viajar los fines de semana, ya sea con el resto de la familia o no.
---	---	--	---	---

A. No disfrutó de vacaciones <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> —(L5)	Con la familia	A. C. A de Euskadi <input type="checkbox"/>	A. Camping <input type="checkbox"/>	1. Económico (no se lo pudo permitir) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Días de vacaciones	Días fuera de casa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	B. España <input type="checkbox"/>	B. Residencia subvencionada <input type="checkbox"/>	2. Laboral (sin vacaciones, búsqueda de empleo,...) <input type="checkbox"/>
B. 1. Navidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	C. Europa <input type="checkbox"/>	C. Hotel o pensión <input type="checkbox"/>	3. Estudio (preparación de exámenes, realización de cursos, ...) <input type="checkbox"/>
2. Semana Santa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	D. África <input type="checkbox"/>	D. En apart. o vivienda de alquiler <input type="checkbox"/>	4. Cuidado de personas (dependientes, menores, enfermos,...) <input type="checkbox"/>
3. Julio-Agosto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	E. América <input type="checkbox"/>	E. En vivienda propia secundaria <input type="checkbox"/>	5. Salud (de baja por enfermedad,...) <input type="checkbox"/>
4. Junio, Septiembre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F. Asia <input type="checkbox"/>	F. En casa de familiares o amigos/as <input type="checkbox"/>	6. Por decisión personal (disfrute de casa, de la ciudad,...) <input type="checkbox"/>
5. Otras fechas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	G. Oceanía <input type="checkbox"/>	G. En la vivienda habitual <input type="checkbox"/>	7. Otros motivos <input type="checkbox"/>

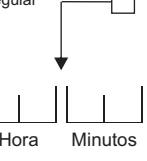
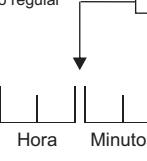
(L7)

(L8)

(L9)

(L10)

Indique la hora a la que se levanta un día de actividad normal . (no incluye fines de semana).	Indique la hora a la que se acuesta un día de actividad normal . (no incluye fines de semana).	Indique la frecuencia con la que sale a comer o cenar los viernes y fines de semana o días festivos. (No incluir el periodo vacacional) (Responda a todas)	Indique de cuánto tiempo libre dispone un día de actividad normal una vez deducido el dedicado a las necesidades básicas (sueño, comida, higiene), obligaciones laborales y actividades vinculadas a la responsabilidad del hogar (compras, desplazamientos, etc.)
---	---	---	---

A. Horario irregular <input type="checkbox"/>	A. Horario irregular <input type="checkbox"/>	Todas las semanas <input type="checkbox"/>	Alguna vez al mes <input type="checkbox"/>	Alguna vez al año <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Horario regular 	B. Horario regular 	1. Viernes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Sábado o víspera de festivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. Domingo o festivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONES SOCIALES

P7

P1

Acerca de los siguientes tipos de asociaciones o grupos, diga si pertenece o no, si participa o no en sus actividades y si ha prestado o no ayuda voluntaria (**en las últimas 4 semanas**) en alguna de ellas.
(Responda a todas)

	Pertenece		Participa		Presta ayuda voluntaria			
	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1. Asociaciones juveniles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asociaciones deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Confesiones religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Org. políticas, empresariales, sindicales, profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Organizaciones de cooperación para el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Org. de asistencia social, ayuda al anciano o primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Organizaciones medioambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Org. pro derechos humanos, de justicia, derechos civiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Asociaciones ciudadanas/as/vecinos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asociaciones arte, folklore o recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Organizaciones de educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otras asociaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P2

P3

P4

<p>Si presta ayuda voluntaria, señale las horas semanales totales.</p>	<p>¿Mantiene algún tipo de relación, por pequeña que ésta sea, con amigos/as, compañeros/as, vecinos/as u otras personas?. (No se incluyen relaciones familiares)</p>	<p>Señale el tipo de relación y frecuencia. (Responda a todas)</p>
---	---	--

 Horas	A. No <input type="checkbox"/> → (B1)	B. Sí <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Alguna vez a la semana <input type="checkbox"/> Alguna vez al mes <input type="checkbox"/> Alguna vez al año <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Salir a pasear 2. Ir de copas, poteo, degustaciones 3. Reuniones en la vivienda propia o de amigos/as 4. Prácticas deportivas (aficionado) 5. Asistencia a espectáculos deportivos 6. Asistencia a espectáculos culturales 7. Viajes, excursiones 8. Asistencia a cultos religiosos 9. Otros actos de carácter social 10. Actos exclusivamente profesionales 11. Actividades políticas y/o sindicales 			

(B1)

(B2)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con.....?</p>	<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa satisfacción nula y 10 satisfacción muy alta,... ¿Cuál es su grado de satisfacción global con....? (Responda a todas)</p>
---	---

<p>No sabe No contesta</p> <p>1. Su vida en la actualidad? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sus relaciones personales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. El tiempo que dispone para hacer lo que le gusta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. La situación económica de su hogar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Su vivienda? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. La calidad de la zona en la que vive? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Las áreas recreativas o verdes de la zona en la que vive? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>No trabaja No se desplaza No sabe No contesta</p> <p>1. Su trabajo actual? <input type="checkbox"/> (B3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. El tiempo empleado para ir a su trabajo? <input type="checkbox"/> (B3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---

(B3)

(B4)

(B5)

(B6)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no merece la pena y 10 que merece la pena totalmente, ¿En qué medida piensa que lo que hace en su vida merece la pena en general?</p>	<p>¿Tiene a alguien con quien hablar de temas personales?</p>	<p>Si la necesitase, ¿podría pedir ayuda a familiares que no sean miembros de su hogar o a amigos/as, o a vecinos/as?</p>	<p>Durante las cuatro últimas semanas, ¿Con qué frecuencia....? (Responda a todas)</p>
---	---	---	--

<p>A. <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. No <input type="checkbox"/> B. Sí <input type="checkbox"/> C. Sin familiares ni amigos/as ni vecinos/as <input type="checkbox"/> D. No sabe <input type="checkbox"/> E. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Siempre <input type="checkbox"/> B. La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> C. Algunas veces <input type="checkbox"/> D. Casi nunca <input type="checkbox"/> E. Nunca <input type="checkbox"/> F. No sabe <input type="checkbox"/> G. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>1. Estuvo especialmente tenso/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Se sintió calmado/a y tranquilo/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Se sintió desanimado/a y deprimido/a? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Se sintió feliz? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	---	--	--

(B7)

(B8)

(B9)

<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que, en general, no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto diría usted que puede confiar en la mayor parte de las personas?</p>	<p>En una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que no confía usted nada y 10 que confía totalmente, ¿Cuánto confía personalmente en cada una de las siguientes instituciones? (Responda a todas)</p>	<p>¿Se siente seguro caminando a solas de noche en la zona en la que vive?</p>
--	---	--

<p>A. <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. <input type="checkbox"/> B. No sabe <input type="checkbox"/> C. No contesta <input type="checkbox"/></p>	<p>A. Muy seguro/a <input type="checkbox"/> B. Bastante seguro/a <input type="checkbox"/> C. Un poco inseguro/a <input type="checkbox"/> D. Muy inseguro/a <input type="checkbox"/> E. No sabe <input type="checkbox"/> F. No contesta <input type="checkbox"/></p>
	<p>1. Sistema político (Gobierno, Partidos Políticos, Sindicatos,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sistema judicial (Juzgados, Jueces/Juezas, Abogados/as,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Policía (Policía Nacional, Ertzaintza, Guardia Civil,...) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Muchas gracias por su colaboración

FIN ENCUESTA