

Siga hablándonos de todos los miembros de su hogar

Pregunta			
Nombre	Primer nombre	Apellido	Inicial
Relación con usted			
Fecha de nacimiento			
Número de seguro social			
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		
Etnia	<input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> No hispana o latina		
Ciudadano o natural de EE.UU.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska/indígena <input type="checkbox"/> Asiático/asiático-americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano/africano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro		
Estado Militar	<input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Nunca sirvió		
Condición de discapacidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado, ≤ 6 meses <input type="checkbox"/> Sin empleo, > 6 meses <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola por temporada <input type="checkbox"/> Trabajador/a agrícola migrante <input type="checkbox"/> No está en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro		
Fuentes de ingreso (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Salarios conyugal <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> TAFI <input type="checkbox"/> EITC <input type="checkbox"/> AABD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Renta anual <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacidad laboral <input type="checkbox"/> Discapacidad con prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Discapacidad sin prestación de servicios de VA <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes de trabajo <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Prestaciones no monetarias (Marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Cupones de alimentos (SNAP) <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Vales de Elección de Vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> HUD-VASH <input type="checkbox"/> Vales de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Seguro médico	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Programa de Seguro de Salud para Niños <input type="checkbox"/> Salud de adultos Programa de seguro <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Ninguna		
Educación	<input type="checkbox"/> Grado 0-8 <input type="checkbox"/> Grado 9-12, Incompleto <input type="checkbox"/> Graduado/a de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de educación universitaria <input type="checkbox"/> Graduado/a de carrera universitaria <input type="checkbox"/> Escuela de oficios u otra		