

# ENCUESTA DE INGRESOS Y CONDICIONES DE VIDA DE LOS HOGARES CANARIOS 2013

## Cuestionario del hogar



<input type="text"/>							
Provincia	Municipio	Distrito	Sección	Sección repetida	nº vivienda	nº selección	nº hogar

HH003A Número de teléfono de contacto:

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

HH003B Número de teléfono de contacto:

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

HH003C Dirección de correo electrónico del hogar:

.....

### NATURALEZA, CARACTERÍSTICAS Y FINALIDAD:

La Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios 2013 es una operación estadística de carácter oficial que proporciona información sobre las características sociales más relevantes de los hogares canarios. Esta operación está regulada por el Decreto 193/2000 de 2 de octubre de 2000, por el que se dispone la elaboración de determinadas estadísticas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Esta operación estadística tiene por finalidad medir las características que definen las condiciones socioeconómicas de los hogares canarios. Para ello se utilizan dos referentes básicos: las características del hogar (equipamiento de la vivienda, ingresos, composición del hogar, etc.) y las características de todos los miembros del hogar de 16 y más años (relación con la actividad, ocupación, nivel de estudios, etc.).

### DISPOSICIONES LEGALES:

**Secreto estadístico:** Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico, la totalidad de los datos individuales suministrados. Todas las personas, organismos e instituciones de cualquier naturaleza que intervengan en el proceso estadístico tienen la obligación de preservar el secreto estadístico. Este deber se mantendrá aun después de que las personas obligadas a su cumplimiento concluyan sus actividades profesionales o su vinculación a los servicios estadísticos (art. 22 de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Canarias). Asimismo, no se podrá actuar sobre la base del conocimiento de los datos que se recaban en esta Estadística.

**Obligatoriedad de facilitar los datos:** Las personas físicas residentes en la Comunidad Autónoma Canaria, cualquiera que sea su nacionalidad, están obligadas a suministrar la información que se requiere en esta operación estadística (art. 15 de la Ley 1/1991, de 28 de enero, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Canarias).

### PÓNGASE EN CONTACTO CON NOSOTROS:

Usted y los miembros de su hogar han sido seleccionados al azar para colaborar en el suministro de la información que se requiere en esta operación estadística. Para cualquier duda, consulta o respuestas a nuestras notificaciones, póngase en contacto con nosotros en los teléfonos:

En la provincia de Las Palmas:	928.29.01.04	928.29.00.62
En la provincia de S/C de Tenerife:	922.92.28.01	
Por correo electrónico:	sociales.istac@gobiernodecanarias.org	
En nuestra página web:	www.gobiernodecanarias.org/istac/	

A FICHA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR		MIEMBRO 1	MIEMBRO 2	MIEMBRO 3
<b>P1</b> PC001A	Nombre			
<b>P2</b> NORDEN	Nº orden			
<b>P3</b> PC003A	Sujeto informante	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No
<b>P4</b> PD001A	Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 6. Mujer	<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 6. Mujer	<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 6. Mujer
<b>P5</b> PD002	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
<b>P6</b> PD003B	Estado civil legal	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho
<b>P7A</b> PD004	Nacionalidad (país)			
<b>P7B</b> PD006	País de Nacimiento			
<b>P8</b> PC004A	Relación con la persona principal	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado
<b>P9A</b> PC005A	¿Quién es su pareja?	_	_	_
<b>P9B</b> PC005B	¿Quién es su padre?	_	_	_
<b>P9C</b> PC005C	¿Quién es su madre?	_	_	_
<b>P9B</b> PC009A	Tipo de unión  Encuestador/a: Realizar esta pregunta si el encuestado en la cuestión 9A responde que su pareja es algún miembro del hogar.	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar

B SITUACIÓN. MENORES DE 16 AÑOS			
Nombre del menor			
<b>P10</b> PD005A	¿En qué situación de las siguientes se encuentra en la actualidad?	<input type="checkbox"/> 1. Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 2. Asiste a una guardería / Escuela infantil <input type="checkbox"/> 3. Estudia primaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Estudia secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Estudia Formación Profesional <input type="checkbox"/> 6. Estudia Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 7. Trabaja ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 8. Está parado ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 9. Otra situación ..... ► <b>Pase a P12</b>	<input type="checkbox"/> 1. Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 2. Asiste a una guardería / Escuela infantil <input type="checkbox"/> 3. Estudia primaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Estudia secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Estudia Formación Profesional <input type="checkbox"/> 6. Estudia Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 7. Trabaja ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 8. Está parado ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 9. Otra situación ..... ► <b>Pase a P12</b>
<b>P11</b> PD005B	Indicar si el centro educativo es público o privado	<input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado Concertado <input type="checkbox"/> 3. Privado no Concertado	<input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado Concertado <input type="checkbox"/> 3. Privado no Concertado

MIEMBRO 4	MIEMBRO 5	MIEMBRO 6	MIEMBRO 7	MIEMBRO 8
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No				
<input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 6. Mujer				
..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Pareja de hecho
<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado	<input type="checkbox"/> 1. Persona principal <input type="checkbox"/> 2. Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> 3. Hijo/a <input type="checkbox"/> 4. Yerno/nuera <input type="checkbox"/> 5. Padres/suegros <input type="checkbox"/> 6. Nieto/a <input type="checkbox"/> 7. Otro pariente <input type="checkbox"/> 8. No emparentado
<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar	<input type="checkbox"/> 1. Matrimonio <b>Pareja de hecho:</b> <input type="checkbox"/> 2. Registrada <input type="checkbox"/> 3. Sin registrar

<input type="checkbox"/> 1. Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 2. Asiste a una guardería / Escuela infantil <input type="checkbox"/> 3. Estudia primaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Estudia secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Estudia Formación Profesional <input type="checkbox"/> 6. Estudia Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 7. Trabaja ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 8. Está parado ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 9. Otra situación ..... ► <b>Pase a P12</b>	<input type="checkbox"/> 1. Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 2. Asiste a una guardería / Escuela infantil <input type="checkbox"/> 3. Estudia primaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Estudia secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Estudia Formación Profesional <input type="checkbox"/> 6. Estudia Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 7. Trabaja ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 8. Está parado ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 9. Otra situación ..... ► <b>Pase a P12</b>	<input type="checkbox"/> 1. Todavía no asiste a una guardería / Escuela infantil ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 2. Asiste a una guardería / Escuela infantil <input type="checkbox"/> 3. Estudia primaria o equivalente <input type="checkbox"/> 4. Estudia secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Estudia Formación Profesional <input type="checkbox"/> 6. Estudia Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 7. Trabaja ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 8. Está parado ..... ► <b>Pase a P12</b> <input type="checkbox"/> 9. Otra situación ..... ► <b>Pase a P12</b>
<input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado Concertado <input type="checkbox"/> 3. Privado no Concertado	<input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado Concertado <input type="checkbox"/> 3. Privado no Concertado	<input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado Concertado <input type="checkbox"/> 3. Privado no Concertado

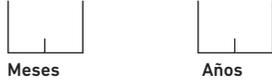
**C SALUD. DISCAPACIDADES. PERSONAS DE 6 Y MÁS AÑOS (PSD)**

Nombre de la persona		
<b>P12</b> PSD001A	¿Tiene alguna dificultad o problema de salud que le impida o dificulte realizar actividades de la vida diaria? (comunicarse, moverse, asearse, realizar las tareas del hogar, relacionarse con otras personas). Estos problemas debe padecerlos y/o espera padecerlos por más de 6 meses. (Los miembros del hogar que hayan contestado '6. No', pasan a la pregunta P25)	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ► Pase a P25
<b>P13</b> PSD002	A continuación voy a nombrarle una serie de actividades de la vida diaria cuya realización puede verse limitada por problemas de salud y discapacidades. Dígame, por favor, si algún miembro de su hogar tiene problemas para realizar estas actividades en la actualidad y si estos problemas los lleva padeciendo y/o espera padecerlos por más de 6 meses. Para las personas entre 6-16 años <b>NO PREGUNTAR</b> : apartado 5.5 "Conducir vehículo propio", ni apartado 7 "Tareas del hogar", ni apartado 8.4 "Relaciones íntimas".	

Nombre de la persona		
<b>1. Experiencias sensoriales</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
1.1. Mirar (percibir imágenes y objetos, ver un acontecimiento deportivo)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.2. Escuchar (escuchar la radio, música, conversaciones)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2. Comunicarse</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
2.1. Comunicarse a través del habla (comprender y producir palabras, frases, historias)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2. Comunicarse a través de lenguajes alternativos (comprender y usar gestos, lenguaje de sordos, símbolos o dibujos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3. Comunicarse a través de la lectura-escritura (leer libros, periódicos, escribir cartas)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. Aprender y desarrollar tareas</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
3.1. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio y el tiempo		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.2. Recordar informaciones y episodios recientes y/o pasados		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.3. Llevar a cabo tareas (iniciar, organizar y terminar una o varias tareas)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. Utilizar brazos y manos</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
4.1. Levantar y llevar objetos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.2. Uso de la mano y el brazo (utilizar utensilios y herramientas)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3. Uso fino de la mano (manipular objetos pequeños con manos y dedos)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5. Movilidad</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
5.1. Cambiar y mantener distintas posiciones del cuerpo (mantenerse acostado, sentado)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.2. Andar (avanzar a pie, paso a paso)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.3. Desplazarse por distintos lugares (andar y moverse por la casa o por la calle)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.4. Utilizar medios de transporte como pasajero		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.5. Conducir vehículo propio		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>6. Autocuidado</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
6.1. Lavarse y cuidar su cuerpo		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2. Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.3. Vestirse		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.4. Comer y beber		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>7. Realizar tareas del hogar</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
7.1. Encargarse de las compras de bienes y servicios para la casa		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.2. Preparar comidas		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.3. Encargarse de la limpieza y cuidado de la casa		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4. Ayudar a los demás en las tareas del hogar		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>8. Relaciones sociales</b>		<b>1. Sí    6. No</b>
8.1. Relacionarse con extraños (preguntar una dirección, comprar, etc.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.2. Relacionarse con amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.3. Relacionarse con familiares		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.4. Crear y mantener relaciones íntimas (relaciones sentimentales, conyugales y sexuales)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Nombre de la persona		
<b>P14</b> PSD006	<b>¿Cuál es o será la duración de su problema?</b>  Se refiere a la suma del tiempo que lleva padeciéndolo más el que espera que le dure el problema.	<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente   Meses                      Años
<b>P15</b> PSD007A	<b>Debido a esta dificultad ¿necesita algún tipo de ayuda o cuidado de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ► <b>Pase a P18</b>
<b>P16</b> PSD008A	<b>¿Recibe la ayuda que necesita de otras personas?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ► <b>Pase a P18</b>
<b>P17</b> PSD009B	<b>¿Quién se ocupa de su cuidado principalmente?</b>  Encuestador/a: En caso de que exista más de un cuidador, anote el que más tiempo dedica a su cuidado.	<input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 3. Servicios Sociales <input type="checkbox"/> 4. Otro tipo de cuidador
<b>P18</b> PSD003A	<b>¿Qué ha originado el problema?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Congénito y/o problema en el parto <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad <input type="checkbox"/> 3. Accidente <input type="checkbox"/> 4. Senilidad (edad avanzada) <input type="checkbox"/> 5. Otras causas
<b>P19</b> PSD004A	<b>¿La minusvalía, deficiencia o incapacidad está reconocida oficialmente?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ► <b>Pase a P21</b>
<b>P20</b> PSD004B	<b>¿Con qué grado?</b>	 %
<b>P21</b> PSD004C	<b>¿Recibe algún apoyo económico por padecer esta discapacidad?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ► <b>Pase a P24</b>
<b>P22</b> PSD004D	<b>¿Qué tipo de apoyo?</b>  Puede marcar hasta 3 opciones.	<input type="checkbox"/> 1. Prestaciones contributivas <input type="checkbox"/> 2. Prestaciones no contributivas <input type="checkbox"/> 3. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte <input type="checkbox"/> 4. Prestación familiar por ser hijo menor de edad discapacitado <input type="checkbox"/> 5. Ayuda de la CCAA, Cabildo y/o del Ayto.
<b>P23</b> PSD004F	<b>¿Cuál es la cuantía mensual?</b>	 €
<b>P24</b> PSD005A	<b>¿La persona que padece la minusvalía acude a algún Centro de Apoyo o Institución?</b>	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No

<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente 	<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente 	<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente 
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P18
<input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 3. Servicios Sociales <input type="checkbox"/> 4. Otro tipo de cuidador	<input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 3. Servicios Sociales <input type="checkbox"/> 4. Otro tipo de cuidador	<input type="checkbox"/> 1. Familiar <input type="checkbox"/> 2. Servicio doméstico <input type="checkbox"/> 3. Servicios Sociales <input type="checkbox"/> 4. Otro tipo de cuidador
<input type="checkbox"/> 1. Congénito y/o problema en el parto <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad <input type="checkbox"/> 3. Accidente <input type="checkbox"/> 4. Senilidad (edad avanzada) <input type="checkbox"/> 5. Otras causas	<input type="checkbox"/> 1. Congénito y/o problema en el parto <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad <input type="checkbox"/> 3. Accidente <input type="checkbox"/> 4. Senilidad (edad avanzada) <input type="checkbox"/> 5. Otras causas	<input type="checkbox"/> 1. Congénito y/o problema en el parto <input type="checkbox"/> 2. Enfermedad <input type="checkbox"/> 3. Accidente <input type="checkbox"/> 4. Senilidad (edad avanzada) <input type="checkbox"/> 5. Otras causas
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P21	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P21	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P21
 %	 %	 %
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P24	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P24	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No ▶ Pase a P24
<input type="checkbox"/> 1. Prestaciones contributivas <input type="checkbox"/> 2. Prestaciones no contributivas <input type="checkbox"/> 3. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte <input type="checkbox"/> 4. Prestación familiar por ser hijo menor de edad discapacitado <input type="checkbox"/> 5. Ayuda de la CCAA, Cabildo y/o del Ayto.	<input type="checkbox"/> 1. Prestaciones contributivas <input type="checkbox"/> 2. Prestaciones no contributivas <input type="checkbox"/> 3. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte <input type="checkbox"/> 4. Prestación familiar por ser hijo menor de edad discapacitado <input type="checkbox"/> 5. Ayuda de la CCAA, Cabildo y/o del Ayto.	<input type="checkbox"/> 1. Prestaciones contributivas <input type="checkbox"/> 2. Prestaciones no contributivas <input type="checkbox"/> 3. Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte <input type="checkbox"/> 4. Prestación familiar por ser hijo menor de edad discapacitado <input type="checkbox"/> 5. Ayuda de la CCAA, Cabildo y/o del Ayto.
 €	 €	 €
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 6. No

**D USO DEL TIEMPO. PARTICIPACIÓN EN EL HOGAR (PUH)**

SÓLO PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON 16 Y MÁS AÑOS

**P25 En su casa, ¿con qué frecuencia realiza usted las siguientes tareas?**

PUH001

Encuestador/a: Anotar "-1. No procede" en el caso de que la persona tenga una incapacidad que no le permita desarrollar estas tareas o cuando no tenga niños y/o ancianos a su cuidado.

Nombre de la persona			
Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.)	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Preparación de las comidas	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Fregado de la vajilla y recogido	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Lavar, planchar y recoger la ropa	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Limpieza de la casa	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Cuidado de los niños	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede
Cuidado de ancianos	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede	<input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Algunas veces <input type="checkbox"/> 3. La mayoría de veces <input type="checkbox"/> 4. Siempre <input type="checkbox"/> -1. No procede



## P26 ¿Dispone su hogar de servicio doméstico?

HUH001A

Encuestador/a: Si se tiene a más de una persona realizando esta labor, haga referencia en esta pregunta a la que permanezca más tiempo en la vivienda.

1. No dispongo de servicio doméstico ▶ **Pase a P28**
2. Dispongo de servicio doméstico residente en mi vivienda
3. Dispongo de servicio doméstico no residente en mi vivienda

## P27 ¿Qué tipo de tareas realiza el servicio doméstico?

HUH002

Encuestador/a: Marcar las tareas que realizan todas las personas del servicio doméstico. En el caso de que en el hogar no haya niños o ancianos, marcar "-1. No procede" en la categoría correspondiente.

- | -1. No procede           | 1. Sí                    | 6. No                    |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Compra de alimentos y productos para el hogar (aseo, limpieza, etc.) |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preparación de las comidas   |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fregado de la vajilla y recogido                                     |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavar, planchar y recoger la ropa                                    |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limpieza de la casa  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado de los niños   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado de ancianos, discapacitados u otras personas                 |

## E VIVIENDA. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES (HVC)

### P28 Tipo de edificación en la que está situada la vivienda

HVC001A

Encuestador/a: No hace falta preguntar.

1. Vivienda familiar independiente
2. Vivienda familiar adosada o pareada
3. Edificio con más de una vivienda y menos de 10
4. Edificio de más de 10 viviendas
5. Otro tipo de viviendas (situada en un edificio destinado principalmente a otros fines, colegio, oficina, taller, etc., o alojamiento fijo tipo barraca, cabaña, chabola, cueva, etc.)

### P29 ¿Tiene la vivienda algunos de los problemas e inconvenientes siguientes?

HVC006

#### 1. Sí 6. No Problemas de habitabilidad

- Falta de espacio
- Luz o ventilación natural insuficiente en alguna habitación

#### Problemas de acabados

- Exterior sin pintar, enfoscar o con desperfectos
- Suelos sin pavimentar o con desperfectos
- Ventanas con deficiencias que impiden el aislamiento del exterior (ruidos, humos, lluvia, etc)

#### Problemas de impermeabilización o estructura

- Problemas de impermeabilización que provocan goteras o humedades
- Problemas de estructura que provoquen grietas graves en paredes o techos

#### Problemas de instalaciones

- Problemas en la instalación de fontanería que provoquen goteras o humedades en la vivienda o en otras colindantes
- Problemas en la instalación eléctrica

**P30 ¿Cuál es el régimen de tenencia de la vivienda?**

HVT001A

- 1. Propiedad
- 2. Alquiler o realquiler.....▶ Pase a P32
- 3. Cesión gratuita.....▶ Pase a P33
- 4. Otros .....▶ Pase a P33

Preguntar si la vivienda es en propiedad ( P30 = 1 )

**P31 Actualmente, ¿tiene su hogar pagos pendientes de préstamos hipotecarios u otros préstamos solicitados para la compra de esta vivienda o para realizar una gran reparación de la misma?**

HVT002

En caso afirmativo, preguntar por el importe mensual del préstamo hipotecario.

- 1. Sí ..... 

--	--	--	--	--	--	--	--

 , 

--	--

 €
  - 6. No
  - 9. Ns/Nc
- Importe mensual

▶ Pase a P33

Preguntar si la vivienda es de alquiler ( P30 = 2 )

**P32 ¿Cuál es el importe actual del alquiler mensual de su vivienda?**

HVT003B

--	--	--	--	--	--	--	--

 , 

--	--

 €

Preguntar a todos

**P33 ¿En qué medida los gastos totales de su vivienda (amortización del préstamo, alquiler, reparaciones, gastos comunitarios, agua, electricidad, gas, impuestos, etc.) suponen una carga financiera para el hogar?**

HVT005A

- 1. Una carga pesada
- 2. Una carga razonable
- 3. No suponen ningún problema

**P34 ¿Recibe actualmente el hogar alguna prestación, subsidio u otras ayudas en metálico de fondos públicos de asistencia social para hacer frente a los pagos totales de su vivienda habitual?**

HVT006

Considere pagos para la adquisición de la vivienda, amortización de préstamos, alquiler, reparaciones, gastos comunitarios, aguas, gas, electricidad, etc y ayudas pagadas directamente al prestamista. No considere el posible beneficio fiscal derivado de la adquisición de la vivienda, ni la reducción del tipo de interés asignado a los préstamos de vivienda.

- 1. Sí ..... 

--	--	--	--	--	--	--	--

 , 

--	--

 €
  - 6. No
  - 9. Ns/Nc
- Importe mensual

**F VIVIENDA. EQUIPAMIENTO (HVE)**

**P35** Para cada uno de los bienes que se relacionan, indique si el hogar, en la vivienda principal, o alguno de sus miembros dispone de ellos, independientemente de que sean de su propiedad, alquilados o de alguna manera puestos a su disposición. En el caso de no disponer de dichos bienes distinguir si no los tienen porque no se lo pueden permitir.

HVE003

1. Sí      2. No, por no poder permitírsele      6. No

- |                          |                          |                          |  |                               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Canal televisivo de pago (televisión vía satélite) |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | DVD o cine en casa                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consola de videojuegos                             |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cámara fotográfica                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cámara de vídeo                                    |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Horno  |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavavajillas / lavaplatos                          |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teléfono fijo                                      |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conexión a internet (ADSL, móvil)                  |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aire acondicionado                                 |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Robot multiuso (Thermomix, robots de limpieza)     |                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teléfono móvil                                     | <input type="text"/> Cantidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ordenador (sobremesa, portátil, tablets)           | <input type="text"/> Cantidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Automóvil, furgoneta o moto                        | <input type="text"/> Cantidad |

**P36** ¿Tiene disponible el hogar, durante todo el año, alguna otra vivienda que utilice o pueda utilizar para esparcimiento (veraneo, vacaciones, fines de semana, etc.)?

HVE002

- 1 Sí tiene ..... ¿Dónde?
- 6 No tiene ► Pase a P37
- 1 En la misma isla de residencia
  - 2 En otra isla del archipiélago
  - 3 En otra Comunidad Autónoma Española
  - 4 En otro país

**G ENTORNO. ENTORNO SOCIAL (HES)**

**P37** En su vecindario, barrio o pueblo, ¿con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones?

HES001

	1. Nunca	2. Rara vez	3. Frecuentemente	4. Muy frecuentemente	-9. Ns/Nc
Delincuencia	<input type="checkbox"/>				
Alcoholismo o consumo de otras drogas	<input type="checkbox"/>				
Mendicidad, prostitución o discriminación de extranjeros	<input type="checkbox"/>				
Riñas o peleas	<input type="checkbox"/>				
Malos tratos familiares o descuido de niños, ancianos o discapacitados	<input type="checkbox"/>				

**P38 ¿Se ha visto su grupo familiar o alguno de sus miembros afectado en los últimos tres años por alguno de los siguientes problemas?**

HES002

1. Sí      6. No      -9. Ns/Nc
- Robo en la vivienda, en vehículos o en otras propiedades
- Agresión física o sexual

**ENTORNO. MEDIO AMBIENTE (HEM)**

**P39 ¿Con qué frecuencia separa la basura en su hogar?**

HEM001

	1. Nunca	2. De vez en cuando	3. A menudo	4. Siempre	-9. Ns/Nc
<b>P39A</b> Cristal	<input type="checkbox"/>				
<b>P39B</b> Papel y cartón	<input type="checkbox"/>				
<b>P39C</b> Plásticos, tetra brik y latas	<input type="checkbox"/>				
<b>P39D</b> Pilas	<input type="checkbox"/>				
<b>P39E</b> Medicamentos	<input type="checkbox"/>				

**P40 ¿Por qué motivos no separa los siguientes residuos?**

HEM002

FILTRO	1. No sabía que se podía reciclar	2. Creo que no sirve de nada	3. Me es incómodo por falta de espacio o tiempo	4. No hay contenedores donde vivo
P39A = 1 Cristal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P39B = 1 Papel y cartón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P39C = 1 Plásticos, tetra brik y latas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P39D = 1 Pilas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P39E = 1 Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P41 Existen en su entorno, actividades o instalaciones...**

HEM003

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. De vez en cuando	4. A menudo	5. Siempre	-9. Ns/ Nc
Que produzcan ruidos o vibraciones	<input type="checkbox"/>					
Que contaminen el agua	<input type="checkbox"/>					
Que contaminen el aire, produciendo humos, gases, olores, nieblas o polvo en suspensión	<input type="checkbox"/>					



**P45 ¿Cómo clasificaría a su hogar teniendo en cuenta la situación económica durante los 12 últimos meses (o desde que lleva constituido el hogar)?**

HSS003A

- 1. Pobre
- 2. Casi pobre
- 3. Por debajo de la media
- 4. En la media
- 5. Por encima de la media
- 6. Rico

**P46 ¿Ha tenido que tomar su hogar algunas de las siguientes medidas por motivos económicos en los 12 últimos meses (o desde que lleva constituido el hogar)?**

HSS004

1. Sí 6. No

- Disminuir gastos de alimentación
- Quitar a los hijos del comedor escolar (en caso de tenerlos)
- Reducir el número de comidas al día
- Cambiar de domicilio porque el que tenía le resultaba muy caro
- Alguien de la familia ha abandonado los estudios que realizaba
- No pagar alguna letra o plazo pendiente
- Ponerse a trabajar alguien de la familia que no trabajaba anteriormente
- Reducir sus gastos de bolsillo
- Dejar de ir de vacaciones
- Prescindir de algo verdaderamente necesario
- Pedir dinero prestado
- Otras medidas

**P47 ¿Cómo clasificaría la situación económica actual de su hogar en relación con la situación económica media de los siguientes hogares?**

HSS005

Encuestador: Poner "-1. No procede", en el caso de que no exista situación de referencia con la que comparar.

	1. Mucho peor	2. Peor	3. Igual	4. Mejor	5. Mucho mejor	-9. Ns/Nc	-1. No procede
De su propio hogar hace 1 año	<input type="checkbox"/>						
De su propio hogar hace 5 años	<input type="checkbox"/>						
De su propio hogar hace 10 años	<input type="checkbox"/>						
De sus padres	<input type="checkbox"/>						

**K SITUACIÓN ECONÓMICA. INGRESOS (HSI)**

**P48 ¿Obtiene alguno de los miembros del hogar beneficios por rentas de la propiedad y de capital (descontados los impuestos) o ayudas y becas al estudio para menores de 16 años?**

HSI001

1. Sí 6. No

Importe mensual neto

- |                          |                          |   |                      |   |                      |   |
|--------------------------|--------------------------|---|----------------------|---|----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alquiler de alguna propiedad (pisos, habitaciones, garajes, solares, terrenos, etc.)  | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras rentas de capital y de la propiedad (arrendamientos de tierras y bienes, negocios, etc.)  | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intereses recibidos de cuentas corrientes o de ahorro, intereses y dividendos de obligaciones, acciones, reparto de dividendos y beneficios e intereses de préstamos efectuados | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rendimientos de rentas temporales o vitalicias y de la propiedad intelectual o industrial (no percibidas por el autor)  | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayudas y becas al estudio (menores de 16 años)  | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras (prestación por invalidez o minusvalía para menores de 6 años, otros ingresos del hogar, etc.)  | <input type="text"/> | , | <input type="text"/> | € |

**P49 ¿Su hogar recibe de forma regular ingresos provenientes de otros hogares? En caso afirmativo indique la cuantía aproximada mensual.**

HSI002

Encuestador/a: Incluya las remesas o transferencias regulares entre miembros de la misma familia residentes en otro hogar o personas no familiares residentes en otros hogares, ya sea en Canarias, otro lugar de España o en otro país; así como las pensiones compensatorias y/o alimenticias por resolución judicial debidas a separaciones o divorcios.

1. Sí .....  ,  €
6. No Importe mensual
- 9. Ns/Nc

**P50 ¿Su hogar envía de forma regular ingresos a personas residentes en otros hogares? En caso afirmativo indique la cuantía aproximada mensual.**

HSI003

Encuestador/a: Incluya las remesas o transferencias regulares entre miembros de la misma familia residentes en otro hogar o personas no familiares residentes en otros hogares, ya sea en Canarias, otro lugar de España o en otro país, así como las pensiones compensatorias y/o alimenticias por resolución judicial debidas a separaciones o divorcios. Excluya las transferencias que hacen los padres a los hijos que estudian fuera del hogar.

1. Sí .....  ,  €
6. No Importe mensual
- 9. Ns/Nc

