



ENCUESTA ESPECIAL PARA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS EN PUERTO RICO
Agosto de 2006

Parte I

Número de Control				Municipio			Clave Numérica			Muestra			Planilla Número			Línea Núm.		Edad		Sexo		Estado Civil		Escolaridad	

1. ¿Existe algún miembro de la familia de 16 años y más con alguna limitación o impedimento físico o mental?

- a. Sí, ¿Cuántos? _____
(Para cada persona llene un cuestionario)(Pase preg.2)
- b. No (termine la entrevista)

2. ¿Qué tipo de condición o impedimento presenta la persona?
(Especifique lo más claro posible el tipo de limitación física o mental.)

_____ (Pase preg 3)

3. ¿Se considera esta persona apta para trabajar? (Criterio de la persona impedida)

- Sí No (Luego pase a llenar la **Parte II**)

Parte II Llene esta parte con la información que aparece en la planilla regular (GT-1).

1. Horas Trabajadas por Semana (Anote número de horas)
2. Semanas Buscando Trabajo (Anote número de semanas buscando)
3. Con Empleo pero no Trabajando (Haga una marca si aplica)
4. Fuera del Grupo Trabajador (Marque aquí si la persona no pertenece a ninguna de las anteriores alternativas)

(Anote Ocupación e Industria de la Persona si marcó alternativas de 1 al 3 en los encasillados anteriores)

5. Ocupación _____

6. Industria _____

7. Clase de Trabajador

- | | |
|-------------------------------------|--|
| a. Privado <input type="checkbox"/> | c. Por cuenta propia <input type="checkbox"/> |
| b. Gobierno: | d. Familiar sin Paga <input type="checkbox"/> |
| Estatal <input type="checkbox"/> | e. Nunca ha trabajado <input type="checkbox"/> |
| Municipal <input type="checkbox"/> | |
| Federal <input type="checkbox"/> | |

CLAVE
Recopilador