

# CASEN 1994

## II VIVIENDA, SALUBRIDAD Y CONFORT

1. ¿Bajo qué situación ocupa el sitio? 1. Propio pagado 2. Propio pagándose 3. Propiedad conjunta 4. Arrendado 5. Cedido por servicios 6. Usufructo 7. Ocupación irregular (de hecho) 8. Departamento, condominio u otra de Ley de Propiedad Horizontal 9. Comunidad agrícola 10. Tierras indígenas 11. Otro.	<b>V1</b>
2.a ¿Cuántas viviendas hay en el sitio? (Anote "0" en caso de: departamento, condominio, conventillo o propiedad conjunta del sitio)	<b>V2</b>
2.b ¿Su vivienda es la principal del sitio? (Sólo si la respuesta en Pregunta 2.a es distinta de "0" y "1") 1. Sí 2. No	<b>V3</b>
3. ¿Cuántas piezas de cada tipo posee la vivienda que ocupa?	
a. Dormitorios	<b>V4</b>
b. Estar-comer	<b>V5</b>
c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)	<b>V6</b>
d. Subtotal piezas habitables (a+b+c)	<b>V7</b>
e. Cocina	<b>V8</b>
f. Baño	<b>V9</b>
g. Otras piezas no habitables	<b>V10</b>
h. Subtotal piezas habitables (d+e+f+g)	<b>V11</b>

4. La vivienda. ¿Dispone de energía eléctrica? 1. Si, de la red pública con medidor particular 2. Si, de la red pública con medidor común 3. Si, de la red pública sin medidor 4. Si, de generador propio o comunitario 5. Si, de otra fuente 6. No dispone de energía eléctrica	<b>V12</b>
5. De dónde proviene el agua potable de la vivienda? 1. Red pública 2. Pozo o noria 3. Río, vertiente o estero 4. Otra fuente. (Ej.: aljibe, lago)	<b>V13</b>
6. ¿Cuál es el sistema de distribución de agua potable? 1. Con llave dentro de la vivienda 2. Con llave dentro del sitio, fuera de la vivienda 3. Por acarreo desde fuera del sitio	<b>V14</b>
7. La vivienda, ¿dispone de sistema de eliminación de excretas? 1. Sí, con WC conectado al alcantarillado 2. Sí, con WC conectado a fosa séptica 3. Sí, con letrina sanitaria 4. Sí, con cajón sobre pozo negro 5. Sí, con cajón sobre acequia o canal 6. Sí, con cajón conectado a otro sistema 7. No dispone de sistema	<b>V15</b>

<b>Comuna</b>		
<b>Dirección</b>		
<b>Encuestador</b>		
<b>Segmento</b>		
<b>Sitio, Vivienda y Hogar</b>		
<b>G.S.E</b>	1. A 4. C2 6. D 2. B 5. C3 7. E 3. C1	
8.a Material predominante en muros exteriores 1. Ladrillo, concreto o bloque 2. Albañilería de piedra 3. Tabique forrado por ambas caras 4. Adobe 5. Barro, quincha o pirca 6. Tabique sin forro interior 7. Desecho (cartón, lata, sacos, etc.) 8. Otro.	<b>V16</b>	8.b Estado de conservación 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <b>V17</b>
9.a Material predominante en el piso 1. Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, alfombra, etc.) 2. Radier no revestido 3. Madera sobre soleras o vigas 4. Madera, plástico o pastelones directamente sobre la tierra 5. Piso de tierra	<b>V18</b>	9.b Estado de conservación 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <b>V19</b>
10.a Material predominante en el techo 1. Teja, tejuela o losa 2. Zinc o pizarreño con cielo interior 3. Zinc o pizarreño sin cielo interior 4. Fonolita 5. Paja, coirón, totora o caña 6. Desecho (plásticos, latas, sacos, etc.)	<b>V20</b>	10.b Estado de conservación 1. Bueno 2. Aceptable 3. Malo <b>V21</b>

## II. MODULO VIVIENDA

18 ó más años			A todas las personas de 18 ó más años que son o han sido Propietarios																							
a. ¿Es propietario de la actual vivienda que ocupa? 1. Si 2. No	c. ¿Ha sido propietario o en el pasado de alguna vivienda? 1. Si 2. No	¿Recibió ayuda de algún programa de Gobierno o de la Municipalidad para adquirir la vivienda que ocupa? 1. Si 2. No	¿Cuál de estos beneficios obtuvo? <b>Certificado:</b> 1. Subsidio habitacional 2. Subsidio rural 3. PEV o PET 4. Subsidio vivienda progresiva  <b>Vivienda:</b> 5. Vivienda básica 6. Vivienda progresiva, I Etapa 7. Vivienda progresiva, II Etapa 8. Lote con servicios, caseta sanitaria 9. Otro beneficio  Pase a P.18			¿En qué año recibió la vivienda o el subsidio para la vivienda que ocupa?  Pase a P.19			¿Compró la vivienda que ocupa con crédito hipotecario? 1. Si Pase a P.20 2. No Pase a P.23 9. No sabe			¿Con cuál institución compró la vivienda que ocupa? 1. Serviu 2. Banco del Estado 3. Banco privado o financiera 4. Mutuo endosable 5. Otra 9. No sabe  Pase a P.21			¿Tiene deuda hipotecaria actualmente por la vivienda que ocupa? 1. Si 2. No 9. No sabe  Pase a P.22			¿Renegoció su deuda hipotecaria por la vivienda que ocupa? 1. Si 2. No 9. No sabe  Pase a P.23			¿Está inscrito para postular en alguno de los siguientes programas habitacionales? 0. No está inscrito 1. Subsidio General Unificado 2. Subsidio PET 3. Subsidio Rural 4. Subsidio vivienda progresiva, I Etapa 5. Subsidio vivienda progresiva, II Etapa 6. Vivienda básica 7. Lote con servicio 8. Otro					
			15			16			17			18			19			20				21			22	
a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	Inscripción		
1	V34	V35	V36	V37	V38	V39	V40	V41	V42	V43	V44	V45	V46	V47	V48	V49	V50	V51	V52	V53	V54	V55	V56	V57	V59	
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
7																										
8																										
9																										
10																										

11. ¿Qué tipo de vivienda ocupa?	<b>V22</b>
1. Casa 2. Casa en cité 3. Casa en condominio 4. Departamento en edificio 5. Pieza en casa o departamento 6. Pieza en casa antigua 7. Conventillo 8. Mediagua o mejora 9. Rancho, ruca o choza 10. Otra (Ejemplo: móvil, carpa, cueva, etc.)	
12. ¿Bajo que situación ocupa la vivienda?	<b>V23</b>
1. Propia pagada 2. Propia pagándose 3. Propiedad conjunta 4. Arrendada 5. Cedida por servicios 6. Usufructo 7. Ocupación irregular (de hecho) 8. Otro	
13.a. ¿Cuántos hogares hay en la vivienda?	<b>V24</b>
13.b. ¿Su hogar es el principal de la vivienda?	<b>V25</b>
(Sólo si existe más de un hogar en la vivienda)	1. Sí 2. No
14. ¿Cuántas piezas de cada tipo ocupa su hogar?	
a. Dormitorios	<b>V26</b>
b. Estar-comer	<b>V27</b>
c. Estar-comer y dormir (uso múltiple)	<b>V28</b>
d. Subtotal piezas habitables (a+b+c)	<b>V29</b>
e. Cocina	<b>V30</b>
f. Baño	<b>V31</b>
g. Otras piezas no habitables	<b>V32</b>
h. Subtotal piezas habitables (d+e+f+g)	<b>V33</b>

### III. EDUCACION

	15 ó más	5 ó menos	Todos	Estudiantes		24 o menos que no asisten a un E. Educacional		Todos		1 a 7 en P.8
	1. ¿Sabe leer y escribir?	2. ¿Quién está a cargo del cuidado del niño durante el día?	3. ¿Asiste a algún establecimiento educacional, jardín infantil o sala cuna actualmente?	4. ¿A qué jornada asiste?	5. ¿A qué edad fue inscrito por primera vez en la sala cuna, jardín infantil o escuela?	6. ¿Tiene intención de incorporarse o reincorporarse a estudiar el próximo año?	7. ¿Por qué no asiste a un establecimiento educacional, jardín infantil o sala cuna?	8. Indique el Curso y Tipo de estudio actual o último aprobado		9. ¿Recibe alimentación en el establecimiento educacional?
	1. Si 2. No	1. Madre 2. Padre 3. Hermanas mayores 4. Abuelos 5. Otro familiar 6. Servicio doméstico 7. Vecina (o) 8. Otra forma	1. Si → P.4 2. No → P.6	1. Mañana 2. Tarde 3. 3/4 de jornada 4. Jornada completa 5. Vespertina		1. Si 2. No 9. No sabe	1. No existe establecimiento cercano 2. No existe cupo en establecimiento 3. Dificultad de acceso o movilización 4. Dificultad económica 5. Está trabajando 6. Ayuda en casa 7. Requiere establecimiento especial 8. Maternidad o embarazo 9. No le interesa 10. No tiene edad suficiente 11. Prepara la P.A.A. 12. Está realizando el Servicio Militar 13. Enfermedad 14. Problemas de alcoholismo o drogadicción 15. Problemas de conducta o rendimiento 16. Está buscando trabajo 17. Horario inconveniente 18. Otra razón 99. No sabe	1. Preescolar 2. Básica incompleta 3. Básica completa 4. Educación diferencial 5. Media humanística incompleta 6. Media humanística completa 7. Media técnica profesional incompleta 8. Media técnica profesional completa 9. Universitaria incompleta 10. Universitaria completa 11. Instituto profesional o CFT incompleto 12. Instituto profesional o CFT completo 13. Universitaria postgrado 14. Academia y otros 15. Ninguno (analfabeto) 99. No sabe		1. Desayuno u onces 2. Almuerzo 3. Desayuno y almuerzo o almuerzo y onces 4. Desayuno, almuerzo y onces 5. No recibe 9. No sabe
		<b>Pase a P.3</b>			<b>Pase a P.8</b>	<b>Pase a P.7</b>	<b>Pase a P.8</b>			<b>Pase a P.10</b>
	1	2	3	4	5	6	7	8. Curso	8. Tipo	9
1	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>	<b>E9</b>	<b>E10</b>
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

### III. EDUCACION

A todos los estudiantes					A todos los estudiantes de Ecuación Superior						A todos los estudiantes											
10. En el presente año escolar 1994, ¿ha recibido alguno de los siguientes beneficios:  a. Útiles escolares? b. Textos escolares? c. Pase escolar? d. Atención dental? e. Atención médica?  1. Si 2. No					11. En el presente año escolar 1994, ¿ha recibido Crédito Universitario o Fondo Solidario?  1. Si 2. No 9. No sabe  ¿Qué Monto y con qué periodicidad?  1. Anual 2. Semestral 3. Mensual			12. En el presente año escolar 1994, ¿ha recibido Beca de Matrícula?  1. Si 2. No 9. No sabe  ¿Qué Monto y con qué periodicidad?  1. Anual 2. Semestral 3. Mensual			14. En el presente año escolar 1994, ¿ha OTRAS Becas?  1. Si 2. No 9. No sabe  ¿Qué Monto y con qué periodicidad?  1. Anual 2. Semestral 3. Mensual			14. Indique el establecimiento educacional al cual asiste actualmente (Año 1994)  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>E27</b>              1. Corporación Municipal              2. Municipal              3. Particular Subvencionado              4. Particular No Subvencionado              5. Corporación de Administración Delegada              6. JUNJI              7. INEGRA              8. Educación Superior Subvencionada              9. Educación Superior No Subvencionada              0. Sin Dato           </div>								
1	<b>E11</b>	<b>E12</b>	<b>E13</b>	<b>E14</b>	<b>E15</b>	<b>E16</b>	<b>E17</b>	<b>E18</b>	<b>E19</b>	<b>E20</b>	<b>E21</b>	<b>E22</b>	<b>E23</b>	<b>E24</b>	<b>E25</b>	<b>E26</b>						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

# IV. SALUD

Todos		5 ó menos y Embaraz.		Niños de 5 ó menos, Embarazadas y Nodrizas		Mujeres de 15 ó más			Todos												
1. ¿A qué sistema previsional de salud pertenece UD.?  0. No tiene indigente, Grupo A 1. S. Público Grupo B 2. S. Público Grupo C 3. S. Público Grupo D 4. S. Público No sabe el Grupo 5. FF. AA. 6. Isapre 7. Particular 8. Otro sistema 9. No sabe		2. ¿Cuál es el estado nutricional de:  <b>a. niño?</b> 1. Normal 2. Riesgo biomédico 3. Desnutrido 4. Sobrepeso u obeso 9. No sabe el estado nutricional  <b>b. embarazada?</b> 1. Normal 2. Bajo peso 3. Sobrepeso u obesa 9. No sabe su estado nutricional		3. ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio  1. Si, leche 26% 2. Si, leche cereal 3. Si, leche cereal y arroz 4. Si, leche 26% y arroz 5. No retiró alimentos 9. No sabe		4. ¿Por qué no retiró alimentos? 1. Le cuesta llegar 2. No existe consultorio cercano 3. Tiene que llevar al niño, el cual corre el riesgo de enfermarse 4. No le acomoda el horario de atención del consultorio 5. Le ponen problemas en el consultorio 6. No sabe acceder a este programa 7. No le interesa 9. No sabe			5.a. ¿Se ha hecho el Papanicolaou en los últimos 3 años? 1. Si 2. No 9. No sabe  5.b. ¿Se lo ha hecho alguna vez? 1. Nunca 2. Hace más de 3 años  5.c. ¿Por qué no se lo ha hecho? 1. No lo conoce 2. No sabe como acceder a él 3. No le interesa 4. Le da miedo o no le agrada 5. Por dejación 6. Otra razón 9. No sabe			6. En el último año, ¿ha recibido atención en: a. Servicio de Atención Primaria de Urgencia? b. Programa de Salud Mental en Consultorio? c. Atención de 17 a 22 horas en Consultorio? d. Programa de Adolescente Embarazada en Consultorio? e. Exámenes de Laboratorio en Consultorio?  1. Si 2. No 9. No sabe							7a. En los últimos 3 meses, ¿sufrió enfermedad o accidente? 1. Si, con atención médica 2. Si, sin atención, no fue necesario 3. Si, sin atención, se autorecetó 4. Si, sin atención, tuvo dificultades para ser atendido 5. Si, sin atención por otro motivo 6. No sufrió enfermedad ni accidente 9. No sabe  7b. En los últimos 6 meses, ¿recibió atención dental? 1. Si, de urgencia 2. Si, control sin tratamiento 3. Si, tratamiento 4. Solicitó atención y no se la dieron 5. Necesitó, pero no la solicitó 6. No necesitó 9. No sabe		8. En los últimos 3 meses, ¿sufrió alguno de los siguientes accidentes? 1. Si, del tránsito 2. Si, del trabajo 3. Si, del hogar 4. Si, de otro tipo  6. No sufrió accidentes 9. No sabe
1		2.a	2.b	3	4			5.a	5.b	5.c	6.a	6.b	6.c	6.d	6.e	7.a	7.b	8			
S1		S2	S3	S4	S5			S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16			
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

# IV. SALUD

Todos																												12 a 50 años			Todos													
a. ¿En qué establecimiento recibió la atención?												b. ¿Tuvo que efectuar alguna cancelación?												c. ¿Le recetaron algún medicamento?												¿Tuvo alguna atención de parto en los últimos seis meses?			¿En los últimos 3 meses, ¿usó algún medicamento?			¿Quién se lo recetó?		
1. Hospital S.N.S.S. 2. Consultorio de especialidades S.N.S.S. 3. Consultorio general o posta rural (estatal) 4. Centro médico o consulta privada 5. Clínica u hospital privado 6. En su domicilio con profesional privado 7. Establecimiento de las F.F.A.A. 8. Servicio de atención pública de urgencias, SAPU 9. Otro												1. i, parcial (grupo C y D) 2. Si, parcial con bono FONASA ex SERMENA 3. Si, parcial ISAPRE 4. Si, total 5. No, gratuito (Indigencia, grupo A y B) 6. No, gratuito en consultorio estatal de nivel primario (grupo C y D) 7. No, ISAPRE 8. Otro												1. Si, los recibió todos gratis 2. Si, algunos gratis y otros los compró 3. Si, algunos gratis y otros no pudo comprarlos 4. Si, los compró todos 5. Si, compró sólo algunos 6. Si, pero no pudo comprar ninguno 7. No le recetaron remedios 8. No se acuerda												1. Normal 2. Cesárea 3. No tuvo 9. No sabe			1. Si 2. No 9. No sabe			1. Médico 2. Farmacéutico 3. Familiar 4. Amigo 5. Nadie (él mismo) 9. No sabe		
De los siguientes tipos de atenciones o prestaciones de salud, ¿Cuántas recibió en los últimos 3 mese? (Anote el N° de prestaciones, el Establecimiento utilizado, la forma de Cancelación y Receta)																																												
Control Preventivo de Salud				Consulta 1 Enfermedad o Accidente				Consulta 2 Enfermedad o Accidente				Consulta de Especialidad				Consulta de Urgencia				Atención Dental			Exámenes Laboratorio			Rayos X o Ecografías			Intervención Quirúrgica			Hospitalización			Atención de Parto									
Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Rec	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Nº	Est	Can	Tip	Est	Can								
9	a	b	c	10	a	b	c	11	a	b	c	12	a	b	c	13	a	b	c	14	a	b	15	a	b	16	a	b	17	a	b	18	a	b	19	a	b	20	21					
1	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S54	S55	S56				
2																																												
3																																												
4																																												
5																																												
6																																												
7																																												
8																																												
9																																												
10																																												



# V. OCUPACION

Ocupados							No Ocupados	Ocup. y Ces.	Inactivos	12 ó más años	A todas las personas de 12 a 65 años		
11. ¿Se encuentra cotizando en algún sistema de previsión?  1. INP 2. AFP 3. CAPREDENA 4. Otro 5. No está cotizando 9. No sabe	12. La relación de trabajo en su actual empleo es:  1. Permanente 2. A plazo fijo 3. Por temporada 4. Por obra o trato 5. Por servicios 6. Otra	13. ¿Cuál fue su ingreso o remuneración líquida en el mes pasado?  Indique el monto en pesos  <b>Periodicidad</b>  1. Mensual 2. Quincenal 3. Semanal 4. Diario 5. Semestral 6. Trimestral 7. Anual	14. ¿A qué jornada de trabajo correspondió ese ingreso o remuneración del mes anterior?  Indique total de horas semanales y días semanales	15. ¿Cuál fue su ingreso o remuneración líquida total del trabajo en los últimos 6 meses?	16. ¿Ha trabajado alguna vez?  1. Si <b>Pase a P. 17</b> 2. No <b>Pase a P. 18</b> 3. No sabe	17. ¿Se encuentra afiliado a algún sindicato?  1. Si 2. No 9. No sabe	18. Durante el último año. ¿efectuó algún trabajo remunerado de tipo:  1. Permanente? 2. A plazo fijo? 3. Temporero? 4. Por obra o trato? 5. Por servicio? 6. Otro 7. Ninguno 9. No sabe	19. ¿Se encuentra afiliado a algún sistema previsional?  1. I.N.P. 2. A.F.P. 3. CAPREDENA 4. Otro 5. No está afiliado 9. No sabe	20. ¿Ha asistido a algún curso de capacitación laboral en el último año?  1. Si, por su empresa 2. Si, a través del SENCE o CHILE JOVEN 3. Si, por oficina municipal de colocaciones 4. Si, en forma privada 5. Otro 6. No ha asistido <b>Pase a P. 21</b>	21. ¿Por qué no se ha capacitado en el último año?  1. No le interesa 2. Le interesa, pero no tiene 3. Le interesa, pero no lo autoriza la empresa 4. Le interesa, pero no tiene tiempo para hacer cursos 5. No sabe como acceder a cursos financiados por el estado 6. No se siente capacitado para hacer un curso 7. Hará un curso dentro de los próximos 6 meses 8. Estudia 9. Otra razón			
11	12	13	Per	14	Días	15	16	17	18	19	20	21	
1	<b>O11</b>	<b>O12</b>	<b>Yo13</b>	<b>O13</b>	<b>O14</b>	<b>O15</b>	<b>YO15</b>	<b>O16</b>	<b>O17</b>	<b>O18</b>	<b>O19</b>	<b>O20</b>	<b>O22</b>
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

## VI. OTROS INGRESOS

Otros ingresos del trabajo							Otros ingresos									
22.a ¿Además del ingreso declarado en la pregunta 13, ¿recibió el mes pasado otro ingreso proveniente del trabajo?				22b. ¿Cuál fue el monto total de otros ingresos del trabajo recibidos en los últimos 6 meses no incluidos en pregunta 15?  (Mayo a Octubre o Junio a Noviembre de 1994)			23. El mes pasado, ¿recibió ingresos por...?									
Tipo de Ingreso		Periodicidad					Tipo de Ingreso		Periodicidad							
1. Bonificaciones, gratificaciones		1. Mensual					1. Arriendo		1. Mensual							
2. Remuneraciones en especie		2. Quincenal					2. Intereses o rentas de bonos, acciones o ahorro		2. Quincenal							
3. Retiro de productos o mercaderías para consumo propio		3. Semanal					3. Arriendo estimado por el uso de la vivienda propia o cedida (sólo jefes de hogar)		3. Semanal							
4. Ingresos por otros trabajos realizados (secundario, esporádico u ocasional)		4. Diario					4. Donaciones		4. Diario							
5. Ingresos por otros trabajos realizados (secundario, esporádico u ocasional)		5. Semestral					5. Mesada o pensión matrimonial		5. Semestral							
6. Ingresos por otros trabajos realizados (secundario, esporádico u ocasional)		6. Trimestral					6. Valor del consumo de productos agrícolas producidos por el hogar (huertos, etc.)		6. Trimestral							
7. Ingresos por otros trabajos realizados (secundario, esporádico u ocasional)		7. Anual					7. Otros ingresos		7. Anual							
8. No tiene otros ingresos							8. No tiene otros ingresos									
Tipo	Monto	Per	Tipo	Monto	Per	Monto	Tipo	Monto	Per	Tipo	Monto	Per	Tipo	Monto	Per	
1	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

# I. RESIDENTES

<p>1. Parentesco respecto del jefe de hogar</p> <p>1. Jefe de hogar 2. Cónyuge o pareja 3. Hijos(as) 4. Padre, madre 5. Suegro(a) 6. Yerno, nuera 7. Nieto(a) 8. Hermano(a) 9. Cuñado(a) 10. Otro familiar 11. Otro no familiar 12. Servicio doméstico</p> <p>2. SEXO</p> <p>1. Hombre 2. Mujer</p> <p>3. EDAD (en años cumplidos)</p>	<p>4. Núcleo Familiar</p> <p>5. Parentesco respecto al jefe del núcleo</p> <p>1. Jefe de núcleo 2. Cónyuge o pareja 3. Hijo(a) 10. Otro familiar 11. Otro no familiar</p> <p>6. Estado Civil</p> <p>1. Casado/a 2. Conviviente 3. Anulado 4. Separado/a 5. Viudo/a 6. Soltero/a</p>
--	---

Transferencias del Estado						Previsión							
<p>24. ¿Recibió el mes pasado ingresos por?:</p> <p>Tipo de Ingresos:</p> <p>1: Pensiones asistenciales (PISIS) 2: Subsidio de cesantía 3: Subsidio único familiar (SUF) 4: Subsidio de agua potable (si contesta SI, ¿Cuánto pagó de agua el mes pasado?) (sólo jefe de hogar) 5: Otro</p> <p>8: No recibió subsidio</p>						<p>25.a El mes pasado ¿recibió ingresos por?:</p> <p>Ingresos</p> <p>1. Jubilaciones 2. Pensiones o invalidez 3. Montepíos o pensión de viudez 8. No recibió</p>				<p>25b. ¿Recibió ó asignación familiar?</p> <p>INSTITUCIÓN</p> <p>1. A.F.P. 2. I.N.P. 3. Instituciones FF.AA. 4. Otras instituciones</p> <p>Anote el Nº de asignaciones familiares y el monto total recibido</p>			
Tipo	Monto	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Inst.	Tipo	Monto	Inst.	Nº	Monto
Y17	Y18	Y19	Y20	Y21	Y22	Y23	Y24	Y25	Y26	Y27	Y28		

	1	2	3	4	5	6
1						
2	<b>PCO1</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>NUCELO</b>	<b>PCO2</b>	<b>ECIVIL</b>
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Tipo	Monto	Inst.	Tipo	Monto	Inst.	Nº	Monto
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

<p>Equipamiento comunitario cercano a su hogar</p> <p>(Población, Barrio o Localidad)</p>	<p>26. ¿Existe?</p> <p>1. Si Pase a P.27 2. No Pase a P.28 3. N.S. Pase a P.28</p>		
	<p>27. ¿Lo utiliza o utilizaría?</p> <p>1. Si Pase a P.28 2. No Pase a P.28</p>		
<p>28. Si tuviera que recurrir a ..... ¿Cuántos minutos demoraría en llegar a pie?</p>			
	26	27	28
a. Consultorio	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>
b. Sala cuna o Jardín infantil	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P6</b>
c. Parques infantiles o canchas deportivas	<b>P7</b>	<b>P8</b>	<b>P9</b>
d. Comisaría o Retén	<b>P10</b>	<b>P11</b>	<b>P12</b>
e. Lugar de abastecimiento de alimentos	<b>P13</b>	<b>P14</b>	<b>P15</b>