



## B. Tabla de composición del hogar

### 1. Tabla de personas presentes en el hogar

Entrevistador, lea lo que sigue al informante: **Dígame el nombre de todas las personas de su hogar que viven actualmente en esta vivienda.** Incluya servicio doméstico, huéspedes e invitados, si los hubiere.

1. Nombre	2. ¿Considera que esta vivienda es su residencia habitual? (Tenga en cuenta que sólo se tiene una residencia habitual)	3. ¿Comparte gastos y/o ingresos con el hogar?	4. ¿Es? 1. Miembro del hogar (no servicio doméstico, ni huésped, ni invitado). 2. Servicio doméstico. 3. Huésped. 4. Invitado.	5. N° de orden
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN (otro hogar)	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. Tabla de personas ausentes del hogar

Entrevistador, lea lo que sigue al informante: **Dígame también el nombre de las otras personas de su hogar que no están presentes ahora, pero viven habitualmente en esta vivienda.**  
En caso afirmativo anote sus nombres.

1. Nombre	2. ¿Cuál es la causa de su ausencia temporal?	3. ¿Cuál es la duración total prevista de la ausencia temporal?	4. ¿Comparte gastos y/o ingresos con el hogar?	5. ¿Es? 1. Miembro del hogar (no servicio doméstico, ni huésped, ni invitado). 2. Servicio doméstico. 3. Huésped. 4. Invitado.	6. N° de orden (correlativo con la tabla anterior)
	1. Motivos de trabajo, estudios o viaje <input type="checkbox"/> 1 ↓ Pasar a 4  6. Otros motivos: está internado/a en un hospital o clínica, o en alguna otra institución, como residencia, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 6	1. Menor o igual que 6 meses <input type="checkbox"/> 1  6. Mayor de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1  NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
	1. Motivos de trabajo, estudios o viaje <input type="checkbox"/> 1 ↓ Pasar a 4  6. Otros motivos: está internado/a en un hospital o clínica, o en alguna otra institución, como residencia, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 6	1. Menor o igual que 6 meses <input type="checkbox"/> 1  6. Mayor de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1  NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
	1. Motivos de trabajo, estudios o viaje <input type="checkbox"/> 1 ↓ Pasar a 4  6. Otros motivos: está internado/a en un hospital o clínica, o en alguna otra institución, como residencia, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 6	1. Menor o igual que 6 meses <input type="checkbox"/> 1  6. Mayor de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1  NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>
	1. Motivos de trabajo, estudios o viaje <input type="checkbox"/> 1 ↓ Pasar a 4  6. Otros motivos: está internado/a en un hospital o clínica, o en alguna otra institución, como residencia, cárcel, etc. <input type="checkbox"/> 6	1. Menor o igual que 6 meses <input type="checkbox"/> 1  6. Mayor de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 FIN	Sí <input type="checkbox"/> 1  NO <input type="checkbox"/> 6 → FIN	Anote el código que proceda <input type="text"/>	<input type="text"/>



123456789



## C. Sólo para miembros del hogar

	Nombre/apellido	Nombre/apellido	Nombre/apellido	Nombre/apellido
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/>
<b>1. Sexo</b>				
1. Varón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Mujer	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>2. Fecha de nacimiento</b>				
1. Mes	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>			
2. Año	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
3. Edad (sólo si desconoce la fecha de nacimiento)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<b>3. Relación con la actividad</b>				
1. Ocupado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Parado/a	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Estudiante	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Jubilado/a, prejubilado/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Cobrando una pensión de incapacidad permanente o invalidez	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Cobrando una pensión de viudedad u orfandad	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Realizando tareas de voluntariado social	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Realizando tareas del hogar	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Otra situación de inactividad	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

### 4. Parentesco con:

Entrevistador, codifique las relaciones de parentesco según los códigos a pie de página

	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>	Nº de orden <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/>
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value=""/>			
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>		
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

**Códigos de relación de parentesco:** Anote las relaciones de parentesco utilizando los códigos, del modo siguiente: la persona de la fila es ... (código) de la persona de la columna.

**Ejemplo:** La persona 03 es padre de la persona 02. Se pondrá el código 4 (padre, madre, suegro/a) en la casilla correspondiente a la fila 03 y la columna 02.

- 1. Cónyuge o pareja
- 2. Hijo/a
- 3. Hermano/a, cuñado/a

- 4. Padre, madre, suegro/a
- 5. Nieto/a
- 6. Abuelo/a

- 7. Yerno/nuera
- 8. Otro pariente
- 9. No emparentado

Nombre/apellido    Nombre/apellido    Nombre/apellido    Nombre/apellido    Nombre/apellido    Nombre/apellido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº de orden      Nº de orden

1                       1                       1                       1                       1                       1  
 6                       6                       6                       6                       6                       6

1                       1                       1                       1                       1                       1  
 2                       2                       2                       2                       2                       2  
 3                       3                       3                       3                       3                       3  
 4                       4                       4                       4                       4                       4  
 5                       5                       5                       5                       5                       5  
 6                       6                       6                       6                       6                       6  
 7                       7                       7                       7                       7                       7  
 8                       8                       8                       8                       8                       8  
 9                       9                       9                       9                       9                       9

Nº de orden      Nº de orden



123456789





## 5. Servicio doméstico

### ¿Dispone el hogar de servicio doméstico?

Solamente se considera el servicio prestado de manera regular. Incluye: personal de limpieza, cocineros, chóferes, doncellas, cuidado de niños y adultos, de mascotas, de jardines, etc.

Sí  1 → N° de personas   No  6 → Fin de cuestionario

A continuación cumplimente la información para cada persona del servicio doméstico en una columna distinta.

	A. Nombre:	B. Nombre:	C. Nombre:
1. ¿Trabaja por horas en este hogar o tiene jornada completa ( $\geq 8$ horas/día)?	Jornada completa <input type="checkbox"/> 1 Por horas <input type="checkbox"/> 6	Jornada completa <input type="checkbox"/> 1 Por horas <input type="checkbox"/> 6	Jornada completa <input type="checkbox"/> 1 Por horas <input type="checkbox"/> 6
2. Número medio de horas a la semana que trabaja en el hogar	<input type="text"/> hh <input type="text"/> mm	<input type="text"/> hh <input type="text"/> mm	<input type="text"/> hh <input type="text"/> mm
3. Retribuciones: a) Son pagadas por	El hogar u otros hogares <input type="checkbox"/> 1 Servicios sociales u otros organismos <input type="checkbox"/> 6	El hogar u otros hogares <input type="checkbox"/> 1 Servicios sociales u otros organismos <input type="checkbox"/> 6	El hogar u otros hogares <input type="checkbox"/> 1 Servicios sociales u otros organismos <input type="checkbox"/> 6
b) Salario neto mensual que percibe el empleado (una vez deducidos IRPF y Seg. Soc.)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
c) Salario neto por hora que percibe el empleado	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> €	<input type="text"/> , <input type="text"/> €
d) Número de pagas extraordinarias y el importe neto de cada paga	<input type="text"/> → <input type="text"/> €	<input type="text"/> → <input type="text"/> €	<input type="text"/> → <input type="text"/> €
4. Servicios que presta en el hogar:			
a) Preparación de comidas	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
b) Mantenimiento del hogar	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
c) Confección y cuidado de ropa	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
d) Jardinería y cuidado de animales	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
e) Construcción y reparaciones	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
f) Compras y servicios	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
g) Gestiones del hogar	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
h) Cuidado de niños	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
i) Cuidado de adultos	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
j) Otros: .....	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 6
5. ¿Paga el hogar el transporte? Si la respuesta es sí, indique el importe medio mensual	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> € No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> € No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> € No <input type="checkbox"/> 6
6. ¿Duerme en la vivienda? Si la respuesta es sí, indique el número medio de días por semana	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6
7. ¿Desayuna en la vivienda con alimentos proporcionados por el hogar? Si la respuesta es sí, indique el número medio de días por semana	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6
8. ¿Come en la vivienda con alimentos proporcionados por el hogar? Si la respuesta es sí, indique el número medio de días por semana	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6
9. ¿Cena en la vivienda con alimentos proporcionados por el hogar? Si la respuesta es sí, indique el número medio de días por semana	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6	Sí <input type="checkbox"/> 1 → <input type="text"/> No <input type="checkbox"/> 6

Entrevistador, anote en la portada, apartado 5, el tiempo utilizado en cumplimentar el cuestionario.



123456789



