

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL: AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604 Y POR EL
DECRETO SUPREMO 043-2001-PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA			COD.	B. UBICACIÓN MUESTRAL			
1. DEPARTAMENTO				6. CONGL. N°		7. ZONA N°	
2. PROVINCIA				8. MANZANA N°		9. FRENTE N°	
3. DISTRITO							
4. CENTRO POBLADO							
5. NÚCLEO URBANO				10. A.E.R N°	Inicial		11. VIVIENDA N°
					Final		

12. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA

13. HOGAR N°

Sr.(a): Si **HOGAR** es la persona o grupo de personas que se alimentan de una misma olla y atienden en común otras necesidades básicas.

¿CUÁNTOS HOGARES OCUPAN ESTA VIVIENDA? →

ENCUESTADOR(A): LA INFORMACIÓN DE ESTE CUESTIONARIO DEBE SER PROPORCIONADA POR
CADA MIEMBRO DEL HOGAR QUE EN LA COLUMNA 210 DEL CUESTIONARIO.01 TENGA CIRCULADO EL CÓDIGO 1

14. PERSONA N°	15. APELLIDOS Y NOMBRE	16. INFORMANTE N°
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

VISITAS	Encuestador(a)						Supervisor(a)				17. RESULTADO FINAL DEL CUESTIONARIO.02
	Fecha	Hora		Próxima Visita		Resultado de la Visita	Fecha	Hora		Resultado de la Visita	
		De	A	Fecha	Hora			De	A		
1ra.											
2da.											
3ra.											
4ta.											
5ta.											
6ta.											

Fecha / /
Resultado

USO EXCLUSIVO DEL(A) ENCUESTADOR(A)

CÓDIGOS DE RESULTADO →	1. COMPLETA	2. INCOMPLETA	3. RECHAZO	4. AUSENTE
<p align="center">Sólo para resultado final 2, 3 ó 4, encierre en un círculo el código que corresponda al motivo.</p>		MOTIVO: Viaje 1 Trabajo 2 Salud 3 Cansancio / aburrimiento 4 Familiares lo niegan 5 No dispone de tiempo 6 No le importa dar información 7 Otro 8 (Especifique)	MOTIVO: Viaje 1 Trabajo 2 Salud 3 Familiares lo niegan 4 No dispone de tiempo 5 No le importa dar información 6 Otro 7 (Especifique)	MOTIVO: Viaje 1 Trabajo 2 Salud 3 Familiares lo niegan 4 Otro 5 (Especifique)

18. INFORMACIÓN REFERENCIAL

Menor de 12 años 1
 Persona totalmente dependiente que no puede proporcionar información 2

III. FUNCIONARIOS DE LA ENCUESTA

CARGO	DNI.	APELLIDOS Y NOMBRES
ENCUESTADOR(A):		
JEFE(A) DE BRIGADA:		
COORDINADOR(A) DEPARTAMENTAL:		
ANALISTA DE CONTROL DE CALIDAD OPERATIVO:		
SUPERVISOR(A) TÉCNICO(A):		

400. LIMITACIONES DE LA PERSONA

Persona N°	Nombre:	Informante N°:
------------	---------	----------------

CARACTERÍSTICAS DE LOCOMOCIÓN Y DESTREZA

401. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA MOVERSE O CAMINAR, PARA USAR BRAZOS O PIERNAS?
 Sí..... 1 No..... 2

402. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
 (Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Moverse, acomodarse cuando está echado, sentado o de pie?.....	1	2
2. Usar las piernas y los pies para mover o alejar un objeto?.....	1	2
3. Agarrar objetos pequeños como monedas o un lápiz?.....	1	2
4. Usar cubiertos para comer y cortar la comida, usar tijeras?.....	1	2
5. Mantener el equilibrio, moverse y caminar sin dificultad dentro de su casa?.....	1	2
6. Caminar sin dificultad fuera de su casa, en distancias cortas o largas?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 "Sí", pase a la pregunta 405.

403. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
 (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?..... 1 Completa (total)?..... 4
 Moderada (media, regular)?..... 2 NO SABE..... 5
 Grave (mucho, extrema)?..... 3

404. ¿QUÉ APOYO UTILIZA PARA DESPLAZARSE?
 (Acepte uno o más códigos)

Bastón simple 1 Prótesis de piernas..... 8
 Bastón canadiense 2 Férula en brazos 9
 Silla de ruedas 3 Férula en piernas 10
 Andador 4 Otro 11
 Muleta 5 (Especifique)
 Soporte (en piernas) 6 NO UTILIZA..... 12 } PASE A 405
 Prótesis de brazos 7 NO NECESITA 13

404A. ¿ES EL(LA) EL APOYO ADECUADO Y
 (Mencione y transcriba el código P404)
 SUFICIENTE PARA SUS NECESIDADES?
 Sí..... 1 → PASE A 405 No..... 2

404B. ¿CUÁL SERÍA EL APOYO ADECUADO PARA SUS NECESIDADES?

 (Especifique)
 NO SABE 1

CARACTERÍSTICAS VISUALES

405. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA VER, AÚN USANDO ANTEOJOS?
 Sí..... 1 No..... 2

406. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
 (Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Ver con poca luz, diferenciar colores o leer el periódico?.....	1	2
2. Darse cuenta del tamaño y la forma de objetos cercanos, leer avisos, afiches o letreros, con los dos ojos?.....	1	2
3. Darse cuenta del tamaño y la forma de objetos lejanos con los dos ojos?.....	1	2
4. Seguir con la vista un objeto que se mueve en varias direcciones?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 "Sí", pase a la pregunta 410.

407. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
 (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?..... 1 Completa (total)?..... 4
 Moderada (media, regular)?..... 2 NO SABE..... 5
 Grave (mucho, extrema)?..... 3

408. ¿QUÉ APOYO UTILIZA PARA DESPLAZARSE?
 (Acepte uno o más códigos)

Bastón 1 NO UTILIZA 4
 Perro guía 2 NO NECESITA 5
 Una persona 3

PASE A 409

408A. ¿ES EL(LA) EL APOYO ADECUADO Y
 (Mencione y transcriba el código P408)
 SUFICIENTE PARA SUS NECESIDADES?

Sí..... 1 → PASE A 410
 No..... 2

408B. ¿CUÁL SERÍA EL APOYO ADECUADO PARA SUS NECESIDADES?

_____ (Especifique)
 NO SABE 1

409. ¿QUÉ UTILIZA PARA:
 (Acepte uno o más códigos)

Leer y escribir?

Anteojos 1
 Lupa 2
 Sistema Braille, regleta y punzón 3
 Libro hablado (audio libro) 4
 Lector voluntario 5
 Grabadora 6
 No sabe leer ni escribir 7
 No está en edad escolar 8
 Otro 9

(Especifique)
 NO NECESITA 10

Comunicarse?

Programa especial de computación (software JAWS, etc.) 11
 Guía intérprete (sordoceguera) 12
 Otro 13

(Especifique)
 NO NECESITA 14

CARACTERÍSTICAS DE LA VOZ Y EL HABLA

410. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA HABLAR O COMUNICARSE, AÚN USANDO EL LENGUAJE DE SEÑAS U OTRO?
 Sí..... 1 No..... 2

411. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
 (Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Hablar pronunciando y entonando las palabras de manera correcta?.....	1	2
2. Conversar de manera fluida, sin que le pidan a cada momento que repita lo que ha dicho, porque habla muy rápido o muy lento?.....	1	2
3. Hablar o usar un lenguaje alternativo (debido a que no tiene voz o su habla no se entiende)?.....	1	2
4. Hablar o conversar largamente con voz suficientemente fuerte?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 "Sí", pase a la pregunta 414.

412. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
 (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?..... 1 Completa (total)?..... 4
 Moderada (media, regular)?..... 2 NO SABE..... 5
 Grave (mucho, extrema)?..... 3

413. ¿QUÉ UTILIZA PARA COMUNICARSE?
(Acepte uno o más códigos)

Gestos / manos.....1
 Lee los labios.....2
 Un aparato.....3
 Programa especial de computación (software JAWS).....4
 Lápiz y papel.....5
 Guía intérprete.....6
 Otro.....7
 (Especifique)

NO NECESITA.....8

CARACTERÍSTICAS AUDITIVAS

414. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA OÍR, AÚN USANDO AUDIFONOS?

Sí.....1 No.....2

415. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Escuchar sonidos suaves?.....	1	2
2. Escuchar sonidos fuertes?.....	1	2
3. Entender el habla y las conversaciones?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 Sí, pase a la pregunta 418.

416. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?.....1 Completa (total)?.....4
 Moderada (media, regular)?.....2 NO SABE.....5
 Grave (mucho, extrema)?.....3

417. ¿QUÉ UTILIZA PARA COMUNICARSE?
(Acepte uno o más códigos)

Audífonos.....1
 Lee los labios.....2
 Su voz a veces.....3
 Lenguaje de señas.....4
 Gestos / manos.....5
 Lápiz y papel.....6
 Lenguaje dactilológico.....7
 Otro.....8
 (Especifique)

NO NECESITA.....9

CARACTERÍSTICAS DE LAS FUNCIONES MENTALES (INTELECTO)

418. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA ENTENDER O APRENDER (CONCENTRARSE Y RECORDAR)?

Sí.....1 No.....2

419. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Entender y cumplir órdenes o tareas fáciles y/o recordar algunos hechos?.....	1	2
2. Entender y cumplir órdenes o varias tareas al mismo tiempo y/o recordar algunos hechos recientes?.....	1	2
3. Aprender y aplicar conocimientos de acuerdo a su edad?.....	1	2
4. Resolver y afrontar por sí solo, problemas y retos nuevos que se le presenten en la vida?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 Sí, pase a la pregunta 421.

420. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?.....1 Completa (total)?.....4
 Moderada (media, regular)?.....2 NO SABE.....5
 Grave (mucho, extrema)?.....3

CARACTERÍSTICAS DE LAS FUNCIONES MENTALES (CONDUCTA – RELACIONES INTERPERSONALES)

421. ¿TIENE LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS POR SUS PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCIONES O CONDUCTAS?

Sí.....1 No.....2

422. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. PUEDE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Comer sin preocuparse todo el tiempo por su apariencia física (peso), sin dejar de comer o vomitar todo el tiempo?.....	1	2
2. Mantener cercanía física y emocional con las personas, sin que le cause problemas continuos en su vida diaria?.....	1	2
3. Obedecer las normas y reglas de conducta en su familia, escuela o trabajo?.....	1	2
4. Realizar sus actividades diarias sin tener problemas por consumir cigarrillos, alcohol u otras drogas, o por pasar casi todo el día y gastar el dinero en juegos de cartas, tragamonedas, videos o internet?.....	1	2
5. Realizar sus actividades diarias sin tener el temor constante de que lo persigan, que le hagan daño, que controlen su mente o cuerpo u otra idea que las otras personas no le crean?.....	1	2
6. Realizar sus actividades diarias sin tener sentimientos fuertes de tristeza o alegría exagerada, que le causen problemas en su vida personal, familiar, de pareja, estudios o trabajo?.....	1	2
7. Realizar sus actividades diarias sin sentirse intranquilo o temeroso, por un hecho del pasado o para realizar una y otra vez la misma actividad?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 1 Sí, pase a la pregunta 424.

423. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Ligera (poca, escasa)?.....1 Completa (total)?.....4
 Moderada (media, regular)?.....2 NO SABE.....5
 Grave (mucho, extrema)?.....3

CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

424. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE LIMITE DE FORMA PERMANENTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?

Sí.....1 No.....2

425. DE FORMA PERMANENTE, ¿UD. TIENE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Taquicardias, alteraciones de la frecuencia cardíaca, palpitaciones, hipertensión arterial?.....	1	2
2. Anemia severa, hemofilia (escasa coagulación)?.....	1	2
3. Asma, enfisema pulmonar?.....	1	2
4. Diabetes, obesidad, hipo e hipertiroidismo?.....	1	2
5. Problemas digestivos (morder, masticar y digerir, obstrucción intestinal, bajo peso, etc.)?.....	1	2
6. Problemas en la piel, úlceras, queloides, secuelas de quemaduras extensas, etc.?.....	1	2
7. Dificultades urinarias, incontinencia, insuficiencia renal?.....	1	2
8. Dificultades en el aparato reproductivo como impotencia, esterilidad, etc.?.....	1	2

Encuestador(a): Si todas las respuestas tienen circulado el código 2 "No", pase a la pregunta 428.

426. ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA ESA ENFERMEDAD?
(Acepte un sólo código)

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 427**

426A. ¿CADA QUÉ TIEMPO RECIBE EL TRATAMIENTO?
(Acepte un sólo código)

Actualmente recibe tratamiento siempre que lo necesita.....1
 Hace más de 6 meses no recibe tratamiento.....2
 NO SABE / NO RECUERDA.....3

427. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE ES:
(Lea cada alternativa y circule sólo un código)
- Ligera (poca, escasa)? 1 Completa (total)? 4
 Moderada (media, regular)? 2 NO SABE 5
 Grave (mucha, extrema)? 3

ORIGEN DE LAS LIMITACIONES

428. ¿CUÁL ES EL ORIGEN DE ESTA(S) LIMITACIÓN(ES)?
(Acepte uno o más códigos)

Código de limitación en:	
Genético / congénito / de nacimiento.....	1
Enfermedad común.....	2
Enfermedad crónica.....	3
Enfermedad laboral.....	4
Accidente común en el hogar.....	5
Accidente común fuera del hogar.....	6
Accidente de tránsito.....	7
Accidente laboral.....	8
Actividades deportivas y recreativas.....	9
Violencia común.....	10
Violencia familiar.....	11
Violencia socio política.....	12
Fenómeno natural.....	13
Edad avanzada.....	14
Negligencia médica.....	15
Falta de atención médica.....	16
No buscó atención médica.....	17
Efectos colaterales de medicamentos.....	18
Alcohol, tabaco y otras drogas.....	19
Otro.....	20
(Especifique)	
NO CONOCE EL ORIGEN.....	21

Códigos de limitación en:

Locomoción y destreza 1	Voz y habla..... 3	Intelecto 5
Visual..... 2	Auditiva..... 4	Conducta ... 6

429. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO PRESENTA ESTA(S) LIMITACIÓN(ES)?

Código de limitación en:	Años	Meses	NO SABE / NO RECUERDA
			7
			7
			7

Códigos de limitación en:

Locomoción y destreza 1	Voz y habla..... 3	Intelecto 5
Visual..... 2	Auditiva..... 4	Conducta ... 6

AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA

430. ¿ESTA(S) LIMITACIÓN(ES) LE HACE(N) DEPENDER DE ALGUNA PERSONA?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 437**

431. ¿ESTA(S) PERSONA(S) LE AYUDA(N) PARA:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Comer y beber?.....	1	2
2. Suministrarle sus medicamentos (tomar, inyectar, etc.)?	1	2
3. Utilizar el servicio higiénico, porque no puede controlar sus necesidades fisiológicas?.....	1	2
4. Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?.....	1	2
5. Realizar su higiene y cuidado personal?.....	1	2
6. Preparar los alimentos?.....	1	2
7. Limpiar la casa?.....	1	2
8. Cuidar los objetos de la casa?.....	1	2
9. Hacer compras?.....	1	2
10. Desplazarse dentro de la casa?.....	1	2
11. Desplazarse fuera de la casa?.....	1	2
12. Leer y/o escribir?.....	1	2
13. Comunicarse?.....	1	2
14. Otro?.....	1	2
(Especifique)		

432. ¿QUIÉN(ES) LA(LO) AYUDA(N) EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS?
(Acepte uno o más códigos)

	432A. ¿Es miembro del hogar?	
	Sí	No
Papá.....	1	2
Mamá.....	1	2
Esposa(o) o cónyuge.....	1	2
Hermana.....	1	2
Hermano.....	1	2
Hija.....	1	2
Hijo.....	1	2
Otro pariente.....	1	2
(Especifique)		
Otro no pariente.....	1	2
(Especifique)		
Profesional de la salud.....	10	
Trabajadora del hogar.....	11	

PASE A 434

433. ¿QUÉ ACTIVIDADES DEJA DE HACER PARA AYUDARLO A UD.?
(Mencione y transcriba el código P432)
(Acepte uno o más códigos)

Estudiar.....	1
Trabajar.....	2
Atender su negocio.....	3
Quehaceres del hogar.....	4
Deporte, recreación o actividades sociales.....	5
Otro.....	6
(Especifique)	
NINGUNA.....	7
NO SABE.....	8

434. ¿LE PAGA(N) O LE DA(N) ALGUNA PROPINA A?
(Mencione códigos 432)

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A CAP. 500**

435. ¿QUIÉN(ES) SE HACE(N) CARGO DE ESTE GASTO?
(Acepte uno o más códigos)

Él / ella misma(o).....	1
Miembros de su hogar.....	2
Miembros de otro hogar.....	3
Programa de apoyo social.....	4
Otro.....	5
(Especifique)	
NO SABE.....	6

436. ¿CUÁNTO LE(S) PAGA(N) O LE(S) DA(N) MENSUALMENTE A POR SU AYUDA?
(Mencione códigos 432)

Pago en efectivo	Pago en especie	NO SABE..... 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PASE A CAP. 500
Sí. enteros	Sí. enteros	

437. POR SÍ SOLO, ¿UD. PUEDE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Comer y beber?.....	1	2
2. Tomar sus medicamentos?.....	1	2
3. Utilizar el servicio higiénico?.....	1	2
4. Vestirse, desvestirse y/o arreglarse?.....	1	2
5. Realizar su higiene y cuidado personal?.....	1	2
6. Cuidar de su familia?.....	1	2
7. Preparar los alimentos?.....	1	2
8. Limpiar la casa?.....	1	2
9. Cuidar los objetos de la casa?.....	1	2
10. Hacer compras?.....	1	2
11. Desplazarse dentro de la casa?.....	1	2
12. Desplazarse fuera de la casa?.....	1	2
13. Leer y/o escribir?.....	1	2
14. Comunicarse?.....	1	2
15. Otro?.....	1	2
(Especifique)		

Persona N°	Nombre:	Informante N°:	
------------	---------	----------------	--

Para personas de 3 años y más de edad

A. Encuestador(a): Transcriba el código de la columna nivel de la pregunta 109.

→ Igual a 1, 2, 3 ó 5 continúe con la pregunta 501.
 → Igual a 4, 6, 7 u 8 → **PASE A 502**

501. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

Sí.....1 → **PASE A 502**

No.....2 →

Sólo para personas de 15 años y más de edad			
501A. En los últimos 12 meses, ¿asistió a un...	Sí	No	501B. ¿Quién se lo brindó? Estado 1 Iglesia 2 ONG 3 Otro(Especifique) .. 4
1. Programa de alfabetización?.....	1	2	

502. ¿ASISTE ACTUALMENTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR, CENTRO DE EDUCACIÓN TÉCNICO PRODUCTIVA (CETPRO) O BÁSICA ALTERNATIVA (EBA)?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 509**

503. ¿A QUÉ CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR, TÉCNICO PRODUCTIVA O BÁSICA ALTERNATIVA ASISTE?

(Circule los códigos según corresponda)

	¿Estatal?	¿No Estatal?	
Centro educativo inicial 1	1	2	
Centro educativo primario 2	1	2	
Centro educativo secundario 3	1	2	
Centro de educación básica especial 4	1	2	
Centro de enseñanza superior no universitaria 5	1	2	PASE A 508
Centro de enseñanza superior universitaria 6	1	2	
Centro de educación técnico productiva CETPRO (ex-CEO) 7	1	2	PASE A 504
Educación básica alternativa (EBA) 8	1	2	

504. ¿CONOCE UD. EL SERVICIO DE APOYO Y ASESORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (SAANEE)?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 508**

505. ¿SABE UD. SI EL CENTRO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE, SE BENEFICIA DEL SERVICIO DE APOYO Y ASESORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (SAANEE)?

Sí.....1
 No.....2
 NO SABE3 } **PASE A 508**

506. ¿UD. SE HA BENEFICIADO DEL SERVICIO DE APOYO Y ASESORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (SAANEE)?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 508**

507. ¿CONSIDERA UD. QUE EL SERVICIO DE APOYO Y ASESORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (SAANEE) ES:

Bueno?.....1 Malo?.....3
 Regular?.....2 NO SABE / NO OPINA4

508. EL CENTRO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE, ¿DISPONE DE PERSONAL, EQUIPOS, MATERIALES PEDAGÓGICOS Y TECNOLÓGICOS ADECUADOS, COMO:
 (Lea cada alternativa y circule el código según corresponda)

	Sí	No	No sabe	
1. Profesores especializados?.....	1	2	3	PASE A 510
2. Computadora con software y hardware especializado (JAWS)?.....	1	2	3	
3. Equipos de reproducción de audio y video (grabadora, dvd, blu-ray, etc.)?.....	1	2	3	
4. Impresora Braille?.....	1	2	3	
5. Libros Braille (regleta y punzón)?.....	1	2	3	
6. Libros hablados (libro parlante, audio libro)?.....	1	2	3	
7. Lenguaje de señas?.....	1	2	3	
8. Lenguaje dactilológico?.....	1	2	3	
9. Otro?.....	1	2	3	

(Especifique)

509. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ASISTE ACTUALMENTE A UN CENTRO O PROGRAMA DE EDUCACIÓN BÁSICA O SUPERIOR?

(Acepte sólo un código)

- Está trabajando 1
 - Falta de dinero para pagar sus estudios 2
 - No le interesa/no quiere 3
 - El estudio es muy difícil 4
 - La institución educativa queda muy lejos 5
 - Los profesores son insensibles 6
 - El local está en malas condiciones 7
 - Inseguridad ciudadana 8
 - No tiene quien lo lleve 9
 - Problemas de transporte 10
 - Enfermedad no relacionada con su limitación 11
 - No lo aceptaron en la escuela 12
 - La infraestructura del centro de estudios no es adecuada 13
 - Maltrato físico 14
 - Maltrato psicológico (bullying, burla, etc.) 15
 - Los profesores no enseñan bien 16
 - Concluyó sus estudios 17
 - Ya no está en edad de estudiar 18
 - Su limitación lo impide 19
 - No existe un centro de estudios en la zona 20
 - Otro 21
- (Especifique)
- NO SABE / NO OPINA 22

510. ¿ESTUDIÓ O ESTUDIA ACTUALMENTE ALGÚN CURSO O PROGRAMA DE CAPACITACIÓN?

Sí.....1
 No.....2 → **PASE A 513**

511. EL CENTRO DE ESTUDIOS DONDE ESTUDIÓ O ESTUDIA ACTUALMENTE ESTE CURSO O PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, ES:

- ¿Centro de formación sectorial SENATI, SENCICO, INICTEL (curso libre)? 1
 - ¿Instituto superior o escuela superior (curso libre)? 2
 - ¿Universidad (curso libre)? 3
 - ¿Centro de trabajo? 4
 - ¿Centro de instrucción técnica de las fuerzas armadas? 5
 - ¿Centro de rehabilitación (CERCIL, CERP, etc.)? 6
 - ¿Asociaciones civiles (ONGs)? 7
 - ¿Instituciones estatales (congreso, ministerio, municipio)? 8
 - Centro de idiomas? 9
 - Otro 10
- (Especifique)

512. ¿CONCLUYÓ EL CURSO O PROGRAMA QUE RECIBIÓ?

Sí..... 1
 No..... 2
 NO SABE 3

BARRERAS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

513. ¿EN LA(S) INSTITUCIÓN(ES) EDUCATIVA(S) A DONDE UD. ACUDE CUENTA(N) CON:
 (Circule los códigos según corresponda)

	513A. Para ud., ¿Significó una dificultad hacer sus actividades en el centro educativo?	
	Sí	No
1. Rampas de acceso?.....	1	2
2. Barandas de seguridad?.....	1	2
3. Ascensores adecuados?.....	1	2
4. Servicios higiénicos para personas con discapacidad?.....	1	2
5. Carteles de información?.....	1	2
6. Otro?..... (Especifique)	1	2

NO ACUDE.....3

Encuestador(a): Formule la pregunta 513A para la(s) alternativa(s) que tengan circulado el código 2 "No".

514. ¿CONOCE UD. ALGÚN LENGUAJE ALTERNATIVO O TÉCNICA DE COMUNICACIÓN?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 516**

515. ¿DE QUÉ FORMA LO APRENDIÓ?
 (Acepte sólo un código)

En la familia..... 1
 Centro educativo..... 2
 Asociación de personas con discapacidad..... 3
 ONG..... 4
 Otro..... 5
 (Especifique)

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA
 (Para personas de 0 a 3 años)**

516. ¿SE BENEFICIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (PRITE)?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A 519**

517. ¿DÓNDE FUE CAPTADO PARA BENEFICIARSE DE ESTE PROGRAMA?
 (Acepte sólo un código)

Establecimiento de salud..... 1
 Centro educativo..... 2
 Otro?..... 3
 (Especifique)

518. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO SE BENEFICIA DE ESTE PROGRAMA?

_____ Años _____ Meses

ETNIA (Para personas de todas las edades)

519. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?

_____ Día _____ Mes _____ Año

520. ¿EN QUÉ DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO NACIÓ?

Nació en este distrito..... 1

Departamento	_____
Provincia	_____
Distrito	_____

521. ¿CUÁL ES SU N° DE DNI?

_____ Número

NO TIENE..... 1
 NO RECUERDA 2

522. ¿EL IDIOMA O LENGUA CON QUE APRENDIÓ A HABLAR FUE:
 (Acepte sólo un código)

Quechua?..... 1
 Aymara?..... 2
 Asháninka?..... 3
 Castellano?..... 4
 Idioma extranjero?..... 5
 Otro?..... 6
 (Especifique)

ES SORDO..... 7
 ES SORDOCIEGO..... 8
 Es menor de 3 años..... 9

Para personas de 12 años y más de edad

523. POR SUS ANTEPASADOS (PADRES Y ABUELOS) O COSTUMBRES (COMIDAS, BAILES, TRADICIONES, ETC.), ¿UD. SE CONSIDERA DE ORIGEN:
 (Acepte sólo un código)

Quechua?..... 1
 Aymara?..... 2
 Asháninka?..... 3
 Aguaruna?..... 4
 Shipibo - conibo?..... 5
 De otro pueblo indígena?..... 6
 (Especifique)

Negro / mulato / zambo?..... 7
 Mestizo?..... 8
 Blanco (de origen europeo)?..... 9
 Otro?..... 10
 (Especifique)

NINGUNO..... 11

OBSERVACIONES:

600. SALUD (Para personas de todas las edades)

Persona N°	Nombre:	Informante N°:
------------	---------	----------------

CONDICIONES DE SALUD EN GENERAL

601. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE.....A....., ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN SÍNTOMA, ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE NO RELACIONADO CON LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE TIENE:
(Acepte uno o más códigos)

- Síntoma: dolor de cabeza, fiebre, náuseas, etc.? 1
- Enfermedad común: gripe, colitis, etc.?.....2
- Enfermedad crónica?.....3
- Accidente?.....4

NO TUVO SÍNTOMA, ENFERMEDAD NI ACCIDENTE5 →

PASE A
606

602. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE SÍNTOMA, ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE QUE PRESENTÓ EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?
(Acepte uno o más códigos)

- Puesto de salud MINSA..... 1
- Centro de salud MINSA.....2
- Centro o puesto de salud CLAS.....3
- Posta/Policlínico ESSALUD.....4
- Hospital MINSA.....5
- Hospital ESSALUD.....6
- Hospital de las FF.AA y/o Policía Nacional.....7
- Consultorio privado.....8
- Clinica particular.....9
- Promotor de salud.....10

- Farmacia / botica 11
 - Casa de huesero/curandero 12
 - Centro naturista / botica homeopática 13
 - Otro 14
- (Especifique)

NO ACUDIÓ A NINGÚN LUGAR.....15

PASE A
605

603. ¿QUIÉN LO ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?
(Acepte uno o más códigos)

- Médico..... 1
- Dentista/odontólogo 2
- Obstetra 3
- Enfermera(o)..... 4
- Técnica(o) en enfermería..... 5
- Promotor(a) de salud 6

Otro 7

(Especifique)

604. ¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN EN SALUD RECIBIÓ UD.?
(Acepte uno o más códigos)

- Chequeo general 1
- Diagnóstico de enfermedad 2
- Tratamiento/control por enfermedad.....3
- Intervención quirúrgica.....4
- Hospitalización.....5

Otro 6

(Especifique)

PASE A
606

605. ¿CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL, POR LA QUE NO ACUDIÓ A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA RECIBIR ATENCIÓN?
(Acepte sólo un código)

- No encuentra medicinas en el lugar de atención..... 1
- No tuvo dinero.....2
- No existe servicio de salud cercano.....3
- No hay médico.....4
- No está presente el personal.....5
- Falta de confianza.....6
- No fue necesario.....7
- No cree en la medicina.....8
- Prefiere curarse con remedios caseros.....9
- No tiene seguro.....10
- Se auto medicó o repitió receta anterior.....11
- Falta de tiempo.....12
- Por maltrato del personal de salud.....13
- Porque la limitación se lo impide.....14
- No entiende al médico.....15

Otro 16

(Especifique)

CONDICIONES DE SALUD RESPECTO A LA(S) LIMITACIÓN(ES)

606. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES DE A, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN SÍNTOMA O MALESTAR RELACIONADO CON LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE TIENE?

- Sí..... 1
- No..... 2

PASE A 612

607. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTE SÍNTOMA O MALESTAR QUE PRESENTÓ, RELACIONADO A LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE TIENE?
(Acepte uno o más códigos)

- Puesto de salud MINSA..... 1
- Centro de Salud MINSA.....2
- Centro o puesto de salud CLAS.....3
- Posta/Policlínico ESSALUD.....4
- Hospital MINSA.....5
- Hospital ESSALUD.....6
- Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....7
- Consultorio privado.....8
- Clinica particular.....9
- Promotor de salud.....10

- Farmacia / botica..... 11
 - Casa de huesero/curandero..... 12
 - Centro naturista / botica homeopática 13
 - Otro 14
- (Especifique)

NO ACUDIÓ A NINGÚN LUGAR..... 15

PASE A
611

608. ¿QUIÉN LO ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?
(Acepte uno o más códigos)

- Médico..... 1
- Dentista / odontólogo 2
- Obstetra.....3
- Enfermera(o) 4
- Psicóloga(o) 5
- Fisioterapeuta.....6
- Técnica(o) en enfermería.....7
- Promotor(a) de salud 8

Otro 9

(Especifique)

<p>609. ¿QUÉ TIPO DE ATENCIÓN EN SALUD RECIBIÓ UD.? (Acepte uno o más códigos)</p> <p>Chequeo general 1 Diagnóstico de enfermedad 2 Tratamiento/control por enfermedad 3 Intervención quirúrgica 4 Hospitalización 5 Otro 6 (Especifique)</p>	<p>611. ¿CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO ACUDIÓ A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA RECIBIR ATENCIÓN? (Acepte sólo un código)</p> <p>No encuentra medicinas en el lugar de atención 1 No tuvo dinero 2 No existe servicio de salud cercano 3 No hay médico 4 No está presente el personal 5 Falta de confianza 6 No fue necesario 7 No cree en la medicina 8 Prefiere curarse con remedios caseros 9 No tiene seguro 10 Se auto medicó o repitió receta anterior 11 Falta de tiempo 12 Por maltrato del personal de salud 13 Porque su limitación lo impide 14 No entiende al médico 15 Otro 16 (Especifique)</p>
<p>610. ¿RECIBIÓ UD. INFORMACIÓN ACERCA DE LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA SU LIMITACIÓN?</p> <p>Sí 1 No 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">PASE A 612</div>	

TRATAMIENTO Y/O TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

<p>612. POR LA(S) LIMITACIÓN(ES) QUE UD. TIENE, ¿RECIBE: (Mencione)</p>	<p>613. ¿A DÓNDE ACUDE PARA RECIBIR LA(EL): (Mencione)</p> <p>Hospital MINSA 1 Hospital ESSALUD 2 Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 3 Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) 4 Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hídeyo Noguchi (HD-HN) 5 Centro de rehabilitación particular 6 Clínica particular 7 Otro 8 (Especifique)</p>	<p>614. ¿QUIÉN LE ATIENDE EN LA(EL): (Mencione)</p> <p>Psicóloga(o) 1 Psiquiatra 2 Fisioterapeuta 3 Enfermera(o) 4 Técnica(o) en enfermería 5 Otros médicos especialistas 6 Tecnólogo médico... 7 Otro 8 (Especifique)</p>	<p>615. ¿QUIÉN PAGA LA(EL) QUE UD. RECIBE? (Mencione)</p> <p>El / ella misma(o) 1 Algún miembro del hogar 2 Algún miembro de otro hogar 3 Donación 4 Seguro de salud 5 Centro de trabajo 6 Otro 7 (Especifique)</p>	<p>616. ¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE UD. LA(EL): (Mencione)</p> <p>Diario 1 Interdiario 2 Semanal 3 Quincenal 4 Mensual 5 Bimestral 6 Trimestral 7 Semestral 8 Anual 9 SOLO CUANDO LO REQUIERE 10</p>	<p>617. EL SERVICIO QUE RECIBE LE PARECE:</p> <p>Bueno? 1 Regular? 2 Malo? 3 NO SABE / NO OPINA 4</p>	
	SÍ NO NO NECESITA	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
Terapia de rehabilitación física? 1	1 2 3					
Tratamiento psicológico? 2	1 2 3					
Tratamiento psiquiátrico? 3	1 2 3					
Terapia de lenguaje? 4	1 2 3					
Apoyo emocional (grupos de autoayuda)? 5	1 2 3					
Terapia ocupacional? 6	1 2 3					
Otro? 7 (Especifique)	1 2 3					

BARRERAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGURO DE SALUD

<p>618. ¿EL(LOS) ESTABLECIMIENTO(S) DE SALUD A DONDE UD. ACUDE CUENTA(N) CON: (Circule los códigos según corresponda)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width:15%;"></th> <th style="width:10%;">Sí</th> <th style="width:10%;">No</th> <th style="width:10%;">Sí</th> <th style="width:10%;">No</th> </tr> <tr> <td>1. Rampas de acceso? 1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Barandas de seguridad? 2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. Ascensores adecuados? 3</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Servicios higiénicos para personas con discapacidad? 4</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Lugares que brinden información? 5</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. Carteles de información? 6</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>7. Otro? 7 (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">NO ACUDE 3</p>		Sí	No	Sí	No	1. Rampas de acceso? 1	1	2	1	2	2. Barandas de seguridad? 2	1	2	1	2	3. Ascensores adecuados? 3	1	2	1	2	4. Servicios higiénicos para personas con discapacidad? 4	1	2	1	2	5. Lugares que brinden información? 5	1	2	1	2	6. Carteles de información? 6	1	2	1	2	7. Otro? 7 (Especifique)	1	2			<p>619. ¿ACTUALMENTE ESTÁ UD. AFILIADO A ALGÚN SEGURO DE SALUD? Sí 1 No 2 → PASE A 621</p> <p>620. EL SEGURO DE SALUD AL CUAL UD. ESTÁ AFILIADO ACTUALMENTE ES: (Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)</p> <p>¿ESSALUD (ex IPSS)? 1 ¿Seguro privado de salud? 2 ¿Entidad prestadora de salud? 3 ¿Seguro de las FF.AA y/o policiales? 4 ¿Seguro integral de salud (SIS)? 5 ¿Seguro universitario? 6 ¿Seguro escolar privado? 7 ¿Otro? 8 (Especifique)</p>
	Sí	No	Sí	No																																					
1. Rampas de acceso? 1	1	2	1	2																																					
2. Barandas de seguridad? 2	1	2	1	2																																					
3. Ascensores adecuados? 3	1	2	1	2																																					
4. Servicios higiénicos para personas con discapacidad? 4	1	2	1	2																																					
5. Lugares que brinden información? 5	1	2	1	2																																					
6. Carteles de información? 6	1	2	1	2																																					
7. Otro? 7 (Especifique)	1	2																																							
MATERNIDAD / PATERNIDAD																																									
(Para personas de 12 años y más de edad)																																									
<p>621. ¿HA TENIDO HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS?</p> <p>Sí 1 → ¿Cuántos? <input style="width: 50px;" type="text"/> No 2</p>																																									

700. EMPLEO E INGRESO (Para personas de 14 años y más de edad)

Persona N°	Nombre:	Informante N°:
------------	---------	----------------

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

701. LA SEMANA PASADA, DEL AL, ¿TUVO UD. ALGÚN TRABAJO? (Sin contar los quehaceres del hogar)

Sí.....1 → **PASE A 705**
 No.....2

702. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí.....1 → **PASE A 705**
 No.....2

703. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí.....1 → **PASE A 705**
 No.....2

704. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:
 (Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?.....	1	2
2. Ofreciendo algún servicio?.....	1	2
3. Comercio ambulatorio?.....	1	2
4. Haciendo algo en casa para vender?.....	1	2
5. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.?...	1	2
6. Realizando alguna labor artesanal?.....	1	2
7. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?.....	1	2
8. Trabajando para un hogar particular?.....	1	2
9. Fabricando algún producto?.....	1	2
10. Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales?.....	1	2
11. Ayudando a un familiar sin remuneración?.....	1	2
12. Participó en el Programa Trabaja Perú?.....	1	2
13. Otra?.....	1	2

(Especifique)

A. ENCUESTADOR(A): Verifique pregunta 704.

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → **PASE A 733**

Si alguna alternativa tiene circulado el código 1 → Continúe con 705.

OCUPADOS

OCUPACIÓN PRINCIPAL

705. a) ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?

.....
 (Especifique)

b) ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

.....
 (Especifique)

706. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

.....
 (Especifique)

707. UD. SE DESEMPEÑÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL O NEGOCIO COMO:

¿Empleador o patrono?.....1
 ¿Trabajador independiente?.....2
 ¿Empleado?.....3
 ¿Obrero?.....4
 ¿Trabajador familiar no remunerado?.....5
 ¿Trabajador del hogar?.....6
 ¿Otro?.....7
 (Especifique)

707A. ¿EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA DONDE UD. TRABAJA PERTENECE AL SECTOR:
 (Lea cada alternativa y circule el código correspondiente)

Público?.....1 Privado?.....2

708. ¿EL TIPO DE PAGO O INGRESO QUE UD. RECIBE EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ES:
 (Acepte uno o más códigos)

Sueldo?.....1
 Salario?.....2
 Comisión?.....3
 Destajo?.....4
 Subvención?.....5
 Honorarios profesionales (con R.U.C.)?.....6
 Ingreso (ganancia) por negocio o servicio?.....7 } **PASE A 710**
 Ingreso como productor agropecuario?.....8
 Propina?.....9
 En especie?.....10
 Otro?.....11
 (Especifique)
 NO RECIBE.....12

709. ¿BAJO QUÉ TIPO DE CONTRATO, TRABAJÓ?
 (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

¿Contrato indefinido, nombrado, permanente?.....1
 ¿Contrato a plazo fijo (sujeto a modalidad)?.....2
 ¿Está en periodo de prueba?.....3
 ¿Convenios de formación laboral juvenil / Prácticas pre-profesionales?.....4
 ¿Contrato por locación de servicios (Honorarios profesionales, R.U.C.), Servicios no personales?.....5
 ¿Régimen especial de la contratación administrativa (CAS)?.....6
 ¿Sin contrato?.....7
 ¿Otro?.....8
 (Especifique)

710. ¿LA EMPRESA EN QUE UD. TRABAJA, ES UNA EMPRESA PROMOCIONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD?
 (Acepte sólo un código)

Sí.....1 No.....2 NO SABE.....3

711. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿CUÁNTAS PERSONAS LABORARON?

..... Número de personas

712. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿CUÁNTAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD LABORARON?

..... Número de personas

713. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

Total de horas

OCUPACIÓN SECUNDARIA

714. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, LA SEMANA PASADA, ¿TUVO UD. OTRO TRABAJO PARA OBTENER INGRESOS?

Sí..... 1 → **PASE A 716**
 No..... 2

715. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar?.....	1	2
2. Ofreciendo algún servicio?	1	2
3. Haciendo algo en casa para vender?	1	2
4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.?...	1	2
5. Realizando alguna labor artesanal?	1	2
6. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo?	1	2
7. Trabajando para un hogar particular?.....	1	2
8. Fabricando algún producto?	1	2
9. Realizando labores en la chacra o cuidado de animales?	1	2
10. Ayudando a un familiar sin remuneración?.....	1	2
11. Haciendo servicio de taxi?	1	2
12. Haciendo servicio de vigilancia y seguridad?	1	2
13. Otra actividad? _____ (Especifique)	1	2

TOTAL HORAS

717. EN TOTAL UD. TRABAJÓ..... HORAS LA SEMANA PASADA,
 (Total de horas)
 ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?

Sí..... 1 → **PASE A 720**
 No..... 2

718. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA A LA SEMANA EN TODAS SUS OCUPACIONES?

Número de horas

719. ¿POR QUÉ RAZÓN UD. NO TRABAJÓ EL NÚMERO NORMAL DE HORAS LA SEMANA PASADA?
 (Acepte sólo un código)

- Por vacaciones o días festivos..... 1
 - Por falta de clientes, pedidos o financiamiento para la producción o venta..... 2
 - Porque su trabajo así lo exige..... 3
 - Por motivos personales o familiares..... 4
 - Porque se redujo la jornada de trabajo por disminución de producción, mal tiempo, sequía, helada, huelga, etc..... 5
 - Por exceso de trabajo (trabajo estacional), o clientes..... 6
 - Por salud, enfermedad, accidente, licencia de salud (pre/post natal)..... 7
 - Por estar de viaje, paseo..... 8
 - Por asistir a terapias de rehabilitación..... 9
 - Otro..... 10
- (Especifique)

720. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A (D)**

720A. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?

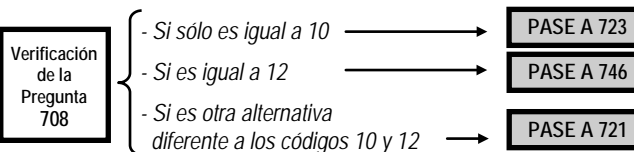
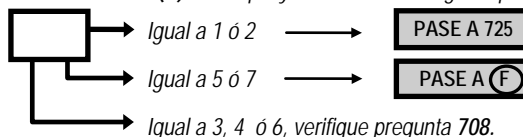
Sí..... 1 No..... 2

(B.) ENCUESTADOR(A): Verifique pregunta 715.

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → **PASE A (C)**

Si alguna alternativa tiene circulado el código 1 → Continúe con 716.

(D.) ENCUESTADOR(A): Verifique y transcriba el código de pregunta 707.



716. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?

Número de horas

(C.) ENCUESTADOR(A): Transcriba el total de horas de la pregunta 713 y el número de horas de la pregunta 716 a los recuadros respectivos; luego realice la suma.

Total horas de Pgta. 713	
Nº de horas de Pgta. 716	
TOTAL	

Transcriba el total obtenido de horas, a la línea punteada de la pregunta 717.

INGRESO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE

INGRESO MONETARIO

Encuestador(a): Lea al informante lo siguiente:
 A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos percibidos en su ocupación principal que desarrolló la semana pasada:

721. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿A UD. LE PAGAN:
 (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

- Diario?..... 1
- Semanal?..... 2
- Quincenal?..... 3
- Mensual?..... 4

722. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL EN EL (LA)..... ANTERIOR,
(Frecuencia)
INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR
CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?

CONCEPTO	MONTO S/. (Enteros)	No Sabe
A. Ingreso total		1
B. Descuento de Ley Sistema de Pensiones: AFP, ONP, Caja Militar y Policial		1
C. Impuestos		1
D. Otros descuentos (Judiciales, asociaciones, por préstamos de coop., bancos, etc.)		1
E. Ingreso Líquido		1

Si no tiene descuentos anote cero en el recuadro respectivo.

PAGO EN ESPECIE

Encuestador(a): Lea al informante lo siguiente:

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus pagos que no sean en dinero, recibidos de la ocupación principal que desarrolló la semana pasada:

723. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR, ¿RECIBIÓ ALIMENTOS, VESTIDO, TRANSPORTE, VIVIENDA, ETC., COMO PARTE DE PAGO POR SU TRABAJO EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

Sí..... 1 No..... 2 → **PASE A E**

724. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA Y EN CUÁNTO ESTIMARÍA UD. EL PAGO EN:

CONCEPTO	FRECUENCIA CON QUE RECIBE (*)	VALOR ESTIMADO POR VEZ S/. (Enteros)	NO SABE
1. Alimentos?			1
2. Vestido y calzado?			1
3. Transporte?			1
4. Vivienda?			1
5. Salud?			1
6. Otro? _____ (Especifique)			1
TOTAL			1

(*) FRECUENCIA:
Diario.....1 Mensual.....4 Semestral.....7
Semanal.....2 Bimestral.....5 Anual.....8
Quincenal.....3 Trimestral.....6

PASE A E

INGRESO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE

INGRESO MONETARIO / ESPECIE

Encuestador(a): Lea al informante lo siguiente:

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos percibidos en su ocupación principal por trabajo independiente desarrollado la semana pasada:

725. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL FUE LA GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?

(Si sólo recibe ingreso en especie, valorícelo en el recuadro)

S/. (En enteros)

NO SABE/NO TIENE GANANCIA 1

AUTOCONSUMO O AUTOSUMINISTRO POR OCUPACIÓN PRINCIPAL

726. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿UTILIZAN PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?

Sí..... 1
No..... 2 } **PASE A E**
NO CORRESPONDE..... 3 }

727. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?

S/. (En enteros)

E. ENCUESTADOR(A): Verifique:

- Si la pregunta 714 tiene circulado el código 1 → **PASE A 728**
- Si alguna alternativa de la pregunta 715 tiene circulado el código 1 → **PASE A 728**
- Si la pregunta 714 tiene circulado el código 2 y la pregunta 715, tiene circulado el código 2 en todas las alternativas → **PASE A 731**

INGRESO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

728. EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S), ¿CUÁL FUE SU INGRESO EN EL MES ANTERIOR?

(Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)

Monetario En especie
S/. S/.
(En enteros) (En enteros)

AUTOCONSUMO O AUTOSUMINISTRO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

729. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA, ¿UTILIZAN PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?

Sí..... 1
No..... 2 } **PASE A 731**
NO CORRESPONDE..... 3 }

730. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?

S/. (En enteros)

Excluya al empleador o patrono, al trabajador independiente y al trabajador familiar no remunerado

INGRESOS EXTRAORDINARIOS POR TRABAJO DEPENDIENTE (Ocupación Principal y Secundaria)

Encuestador(a): Lea al informante lo siguiente:

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos extraordinarios por su trabajo dependiente, percibidos los últimos 12 meses en su ocupación principal y/o secundaria que desarrolló la semana pasada:

731. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE A ¿RECIBIÓ ALGÚN DINERO POR:

	Sí	No	Monto S/. (Enteros)
1. Gratificación de navidad?.....	1	2	
2. Gratificación de fiestas patrias?.....	1	2	
3. Bonificación por sus últimas vacaciones?.....	1	2	
4. Bonificación por escolaridad?.....	1	2	
5. Participación de utilidades de la empresa donde labora?.....	1	2	
6. Bonificación por otro concepto relacionado con su trabajo?.....	1	2	
7. Compensación por tiempo de servicios (CTS)?.....	1	2	
8. Otro ingreso por trabajo? (reintegros, etc.)	1	2	
_____ (Especifique)			
TOTAL			

732. SU PUESTO DE TRABAJO ACTUAL, ¿SE ADECUÓ O HA SIDO ADECUADO A SU(S) LIMITACIÓN(ES)?

Sí.....1 No.....2

F. ENCUESTADOR(A): Transcriba el código de la pregunta 707.

Si es diferente a 5 ó 7 → **PASE A 744**

Igual 5 ó 7, transcriba el Total de horas de pregunta 713.

Si es menor de 15 horas, continúe con 733.

Si es 15 horas o más → **PASE A 744**

DESOCUPADOS

733. LA SEMANA PASADA, ¿HIZO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 738**

734. ¿QUÉ ESTUVO HACIENDO LA SEMANA PASADA:

Hizo trámites, buscó local, gestionó préstamos para establecer su propio negocio?.....1 } **PASE A 739**

Reparando sus activos (local, máquina, equipo)?.....2 }

Esperando el inicio de un trabajo dependiente (como obrero, empleado o trabajador del hogar)?.....3

Estudiando?.....4

Quehaceres del hogar?.....5

Vivía de su pensión o jubilación u otras rentas?.....6

Enfermo o incapacitado para trabajar?.....7

Otro?.....8 (Especifique)

735. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA UD. TRABAJAR?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 743**

736. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 743**

737. ¿POR QUÉ NO BUSCÓ TRABAJO?

No hay trabajo.....1 } **PASE A 740**

Se cansó de buscar.....2 }

Por su edad.....3 }

Falta de experiencia.....4 }

Sus estudios no le permiten.....5 }

Los quehaceres del hogar no le permiten.....6 }

Razones de salud.....7 }

Falta de capital.....8 }

Otro.....9 (Especifique)

Ya encontró trabajo.....10 → **PASE A 739**

Si buscó trabajo.....11

738. ¿QUÉ HIZO LA SEMANA PASADA PARA CONSEGUIR TRABAJO? (Acepte sólo un código)

Consultó:

Empleador / patrono.....1

Agencia de empleo / bolsa de trabajo.....2

Servicios de colocación especial.....3

Sólo amigos, parientes.....4

Sólo leyó avisos.....5

Búsqueda a través de internet.....6

Otro.....7 (Especifique)

No hizo nada para conseguir trabajo.....8

739. ¿CUÁNTAS SEMANAS HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO, SIN INTERRUPCIONES?

Número de semanas

740. ¿LA LIMITACIÓN QUE TIENE LE HA IMPEDIDO CONSEGUIR TRABAJO?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 743**

741. ¿POR QUÉ? (Acepte sólo un código)

No se siente capaz.....1

No está preparado.....2

Lo subestiman.....3

Lo discriminan.....4

La infraestructura no está adaptada.....5

Alto costo de transporte debido a la limitación.....6

Otro.....7 (Especifique)

742. ¿CONSEGUIR TRABAJO LE RESULTA: (Lea cada alternativa y circule sólo un código)

Muy difícil?.....1 Igual?.....3

Difícil?.....2 NO SABE.....4

ÚLTIMO TRABAJO

743. ¿HA TRABAJADO ANTES?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 746**

744. ¿ADQUIRIÓ LA LIMITACIÓN CUÁNDO TENÍA TRABAJO?

Sí.....1 No.....2 → **PASE A 746**

745. ¿CÓMO CAMBIÓ SU SITUACIÓN EN EL TRABAJO, CUANDO ADQUIRIÓ LA LIMITACIÓN? (Acepte sólo un código)

No cambió, continuó trabajando de forma normal.....1

Fue despedido.....2

Renunció.....3

Fue reubicado en un área adecuada.....4

Fue reubicado en un área inadecuada.....5

Recibió trato hostil.....6

Otro.....7 (Especifique)

OBSERVACIONES:	

800. ACCESIBILIDAD (Para las personas de todas las edades)

Persona N°	Nombre:	Informante N°:
------------	---------	----------------

DESPLAZAMIENTO

801. ¿TIENE LIMITACIONES PARA TRASLADARSE DENTRO DE SU:
(Lea cada alternativa y circule el código, según corresponda)

	Sí	No	No aplica
1. Vivienda?.....	1	2	3
2. Centro de estudios?.....	1	2	3
3. Centro de trabajo?.....	1	2	3

NO SE DESPLAZA A NINGÚN LUGAR..... 4 → PASE A 809

802. ¿ENCUENTRA DIFICULTADES PARA INGRESAR Y/O DESPLAZARSE EN:
(Lea cada alternativa y circule el código, según corresponda)

	Sí	No	No acude	No existe en el lugar
1. Establecimientos de salud?.....	1	2	3	4
2. Centros educativos?.....	1	2	3	4
3. Centros de rehabilitación?.....	1	2	3	4
4. Farmacias y/o boticas?.....	1	2	3	4
5. Oficinas públicas?.....	1	2	3	4
6. Bancos o entidades financieras?.....	1	2	3	4
7. Centros deportivos?.....	1	2	3	4
8. Centros comerciales?.....	1	2	3	4
9. Cines / teatros?.....	1	2	3	4
10. Restaurantes?.....	1	2	3	4
11. Mercados?.....	1	2	3	4
12. Supermercados?.....	1	2	3	4
13. Paraderos?.....	1	2	3	4
14. Cabinas de internet?.....	1	2	3	4
15. Plazas y plazuelas?.....	1	2	3	4
16. Parques y alamedas?.....	1	2	3	4
17. Terminales y estaciones?.....	1	2	3	4
18. Otro lugar?..... (Especifique)	1	2	3	4

803. EN SU ENTORNO, ¿LAS CONSTRUCCIONES DE USO PÚBLICO, CUENTAN CON:
(Lea cada alternativa y circule el código, según corresponda)

	Sí	No	No existe en el lugar
1. Puertas y pasadizos adecuados?.....	1	2	3
2. Rampas de acceso?.....	1	2	3
3. Pasamanos?.....	1	2	3
4. Estacionamientos preferenciales?.....	1	2	3
5. Servicios higiénicos adecuados?.....	1	2	3
6. Ascensores adecuados?.....	1	2	3
7. Asientos preferenciales?.....	1	2	3
8. Habitaciones adecuadas (hospedajes, hotel, hostel)?.....	1	2	3
9. Carteles de información?.....	1	2	3
10. Otro?..... (Especifique)	1	2	3

804. EN SU ENTORNO, ¿LAS ÁREAS DE USO COMÚN DE LOS CONJUNTOS RESIDENCIALES, CONDOMINIOS Y EDIFICIOS MULTIFAMILIARES, CUENTAN CON:
(Lea cada alternativa y circule el código, según corresponda)

	Sí	No	No existe en el lugar
1. Puertas y pasadizos adecuados?.....	1	2	3
2. Rampas de acceso?.....	1	2	3
3. Pasamanos?.....	1	2	3
4. Estacionamientos preferenciales?.....	1	2	3
5. Ascensores adecuados?.....	1	2	3
6. Carteles de información?.....	1	2	3
7. Otro?..... (Especifique)	1	2	3

805. EN SU ENTORNO, ¿LAS CALLES Y ÁREAS DE RECREACIÓN, CUENTAN CON:
(Lea cada alternativa y circule el código, según corresponda)

	Sí	No	No existe en el lugar
1. Rampas de acceso?.....	1	2	3
2. Veredas sin desniveles (baches, huecos)?.....	1	2	3
3. Tamaño adecuado de veredas?.....	1	2	3
4. Vías de acceso libres de cercos, materiales de construcción, postes, etc.?.....	1	2	3
5. Mobiliario urbano (teléfonos, paraderos, etc.)?.....	1	2	3
6. Semáforos y cruceiros peatonales?.....	1	2	3
7. Otro?..... (Especifique)	1	2	3

ACCESO A TRANSPORTE

806. A CAUSA DE SU LIMITACIÓN, ¿ENCUENTRA DIFICULTADES PARA UTILIZAR:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No	No existe en el lugar
1. Transporte público urbano (combi, microbús, ómnibus)?.....	1	2	3
2. Taxi?.....	1	2	3
3. Moto taxi?.....	1	2	3
4. Sistema de transporte metropolitano?.....	1	2	3
5. Tren eléctrico?.....	1	2	3
6. Transporte terrestre interprovincial?.....	1	2	3
7. Transporte ferroviario?.....	1	2	3
8. Transporte fluvial (botes, lanchas, peque peque chatas, etc.)?.....	1	2	3
9. Transporte aéreo (aviones, aeroplanos, avionetas)?.....	1	2	3
10. Acémila?.....	1	2	3
11. Otro medio?..... (Especifique)	1	2	3

807. EN GENERAL, PARA EL DESPLAZAMIENTO EN SU ENTORNO, ¿QUÉ MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA?
(Acepte uno o más códigos)

Bicicleta.....	1
Triciclo.....	2
Silla de ruedas.....	3
Silla de ruedas a motor.....	4
Moto taxi.....	5
Vehículo propio adaptado.....	6
Vehículo propio sin adaptar.....	7
Transporte público.....	8
Taxi.....	9
Acémila.....	10
A pie.....	11
Otra forma.....	12

(Especifique)

808. ¿LAS VÍAS POR LAS QUE USUALMENTE SE DESPLAZA UD. SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO?

Sí.....	1
No.....	2

900. INTEGRACIÓN SOCIAL Y BIENESTAR

Persona N°	Nombre:	Informante N°:	
------------	---------	----------------	--

INTEGRACIÓN SOCIAL	EJERCICIO DE DERECHOS																												
Para personas de todas las edades																													
<p>901. ¿CREE UD. QUE LAS PERSONAS LO TRATAN DE MANERA DIFERENTE A CAUSA DE SU(S) LIMITACIÓN(ES)?</p> <p>Sí.....1 No.....2 → PASE A 904</p>	<p>908. ¿CONOCE UD. ALGÚN ORGANISMO, INSTITUCIÓN O AGRUPACIÓN DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, TALES COMO: (Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)</p> <p>Instituciones Públicas</p> <p>Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS)?..... 1</p> <p>Oficina Regional de Atención a la Persona con Discapacidad (OREDIS)?..... 2</p> <p>Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED)?..... 3</p> <p>Defensoría del Pueblo?..... 4</p> <p>Instituciones Privadas</p> <p>Organizaciones de personas con discapacidad?..... 5</p> <p>Organizaciones pro defensa de los derechos humanos?..... 6</p> <p>Organizaciones de rehabilitación?..... 7</p> <p>Organizaciones religiosas de ayuda?..... 8</p> <p>Otra 9</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO CONOCE 10</p>																												
<p>902. ¿CÓMO SE DA CUENTA UD., QUE LO TRATAN DE MANERA DIFERENTE? (Acepte uno o más códigos)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">Anote el orden de prioridad</td> </tr> <tr> <td>Lo ayudan y muestran respeto.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lo sobreprotegen.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lo descuidan o ignoran.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se ponen nerviosos.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lo agreden (física y/o verbalmente).....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>		Anote el orden de prioridad	Lo ayudan y muestran respeto.....		Lo sobreprotegen.....		Lo descuidan o ignoran.....		Se ponen nerviosos.....		Lo agreden (física y/o verbalmente).....		Otro.....		<p>909. ¿CONOCE UD. ALGUNA DE LAS NORMAS SIGUIENTES: (Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)</p> <p>Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad?..... 1</p> <p>Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de la readaptación profesional de las personas con discapacidad?..... 2</p> <p>Ley General de la personas con discapacidad?..... 3</p> <p>Ley de Atención preferente en lugares de atención al público?..... 4</p> <p>NO CONOCE 5</p>														
	Anote el orden de prioridad																												
Lo ayudan y muestran respeto.....																													
Lo sobreprotegen.....																													
Lo descuidan o ignoran.....																													
Se ponen nerviosos.....																													
Lo agreden (física y/o verbalmente).....																													
Otro.....																													
<p>903. ¿QUÉ PERSONAS LO TRATAN DE MANERA DIFERENTE? (Acepte uno o más códigos)</p> <p>Su familia1</p> <p>Sus amigos2</p> <p>Sus compañeros de trabajo3</p> <p>Sus compañeros de estudio4</p> <p>Sus vecinos.....5</p> <p>La sociedad.....6</p> <p>Otras7</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p>	<p>910. ¿SABE UD. QUE EXISTEN LEYES A FAVOR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, QUE OTORGA BENEFICIOS COMO: (Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. DNI gratuito?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Importación de vehículos especiales, prótesis y otros exonerados de impuestos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>3. 5% de vacantes para ingreso a Universidades?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>4. Beneficios laborales en Instituciones Públicas.?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>5. Descuento del 50% en espectáculos auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura (INC)?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>6. 15% Bonificación Concurso de méritos a vacantes de la administración pública?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>7. Reservación de asientos preferenciales en vehículos públicos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>8. Estacionamiento reservado para personas con discapacidad?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	1. DNI gratuito?.....	1	2	2. Importación de vehículos especiales, prótesis y otros exonerados de impuestos?.....	1	2	3. 5% de vacantes para ingreso a Universidades?.....	1	2	4. Beneficios laborales en Instituciones Públicas.?.....	1	2	5. Descuento del 50% en espectáculos auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura (INC)?.....	1	2	6. 15% Bonificación Concurso de méritos a vacantes de la administración pública?.....	1	2	7. Reservación de asientos preferenciales en vehículos públicos?.....	1	2	8. Estacionamiento reservado para personas con discapacidad?.....	1	2
		Sí	No																										
1. DNI gratuito?.....	1	2																											
2. Importación de vehículos especiales, prótesis y otros exonerados de impuestos?.....	1	2																											
3. 5% de vacantes para ingreso a Universidades?.....	1	2																											
4. Beneficios laborales en Instituciones Públicas.?.....	1	2																											
5. Descuento del 50% en espectáculos auspiciados por el Instituto Nacional de Cultura (INC)?.....	1	2																											
6. 15% Bonificación Concurso de méritos a vacantes de la administración pública?.....	1	2																											
7. Reservación de asientos preferenciales en vehículos públicos?.....	1	2																											
8. Estacionamiento reservado para personas con discapacidad?.....	1	2																											
<p>904. ¿QUÉ PERSONAS LO AYUDAN O LO AYUDARON A SUPERAR SU(S) LIMITACIÓN(ES): (Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)</p> <p>Su familia?.....1</p> <p>Otras personas con limitación?.....2</p> <p>Profesionales de salud?.....3</p> <p>Compañeros de estudio / trabajo?.....4</p> <p>Otro?.....5</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO SABE6</p> <p>NINGUNA PERSONA.....7</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Para personas de 12 años y más de edad</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>Encuestador(a): En el caso que el informante tenga menos de 12 años pase a la pregunta 913.</p> </div> <p>905. ¿UD. TIENE O HA TENIDO ALGUNA RELACIÓN SENTIMENTAL?</p> <p>Sí.....1 No.....2 → PASE A 908</p>																												
<p>906. ¿CÓMO REACCIONÓ SU FAMILIA CUANDO INICIÓ SU RELACIÓN SENTIMENTAL? (Acepte sólo un código)</p> <p>Se molestó.....1</p> <p>Se opuso.....2</p> <p>Se preocupó.....3</p> <p>Aceptó.....4</p> <p>Otro.....5</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO SABE / NO OPINA6</p> <p>EN ESE MOMENTO NO TENÍA LIMITACIÓN.....7</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">Para personas de 18 años y más de edad</p> <p>911. ¿UD. HA VOTADO EN LAS ÚLTIMAS ELECCIONES PRESIDENCIALES DE ABRIL DEL 2011?</p> <p>Sí.....1 → PASE A 913</p> <p>No.....2</p> <p>En esa fecha no tenía 18 años.....3 → PASE A 913</p>																												
<p>907. ¿CÓMO REACCIONÓ LA FAMILIA DE SU PAREJA CUANDO INICIARON SU RELACIÓN? (Acepte sólo un código)</p> <p>Se molestó.....1</p> <p>Se opuso.....2</p> <p>Se preocupó.....3</p> <p>Aceptó.....4</p> <p>Otro.....5</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO SABE / NO OPINA6</p> <p>EN ESE MOMENTO NO TENÍA LIMITACIÓN.....7</p>																													

912. ¿LA RAZÓN POR LA QUE NO EJERCÍ SU DERECHO A VOTAR FUE:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Por su limitación?	1	2
2. El local de votación no reúne las condiciones?.....	1	2

CERTIFICACIÓN Y REGISTRO

Para personas de todas las edades

913. ¿TIENE EL CERTIFICADO POR DISCAPACIDAD?
Sí.....1
No.....2 → **PASE A 915**

914. ¿QUÉ INSTITUCIÓN CERTIFICÓ SU DISCAPACIDAD?
(Acepte sólo un código)

Hospital ESSALUD (Centro Especializado de Rehabilitación Profesional-CERP).....1
Hospital MINSA (Instituto Nacional de Rehabilitación - INR)2
Hospital de las Fuerzas Policiales (PNP)3
Hospital de las Fuerzas Armadas (FF.AA.)4

915. ¿SE ENCUENTRA UD. REGISTRADO EN EL CONSEJO NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CONADIS)?
Sí.....1
No.....2
NO SABE3

PROGRAMAS SOCIALES

916. ¿UD. ES USUARIO DE ALGUNO DE LOS PROGRAMAS SIGUIENTES:
(Lea cada alternativa y circule uno o más códigos)

Programas No Alimentarios
Programa integral nacional para el bienestar familiar - INABIF?.....1
Programa nacional Cuna Más (Ex-wawa wasi)?.....2
Programa nacional contra la violencia familiar y sexual?.....3
Programa de apoyo directo a los más pobres (JUNTOS)?.....4
Programa de prevención al consumo de drogas y rehabilitación del drogodependiente (DEVIDA)?.....5
Programa nacional de asistencia solidaria - Pensión 65 (Ex - bono de gratitud)?.....6

Programas Alimentarios
Programa nacional de asistencia alimentaria PRONAA - Sub programa Infantil?.....7
Programa nacional de asistencia alimentaria PRONAA - Sub programa pre escolar - escolar?.....8
Vaso de leche?.....9
Comedor popular (incluye club de madres)?.....10

Programas Educativos
Programas de becas y crédito educativo (PRONABEC)?.....11
Beca 18?.....12

Programas Laborales
Programa de capacitación laboral juvenil pro joven / Jóvenes a la obra?.....13
Programa de emergencia social productivo construyendo Perú / Trabajando Perú?.....14
Programa especial de reconversión laboral revalora Perú / Vamos Perú?.....15

Programas de vivienda
Programa techo propio?.....16
Otro?.....17
(Especifique)

NO ES USUARIO18

PARTICIPACION CIUDADANA

917. ¿PERTENECE UD. A ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES, ASOCIACIONES O AGRUPACIONES:
(Acepte uno o más códigos)

Agrupación de personas con discapacidad?.....1
Club o asociación deportiva?.....2
Junta vecinal?.....3
Asociación de jóvenes?.....4
Asociación de estudiantes?.....5
Asociación de comerciantes?.....6
Asociación agropecuaria?.....7
Junta de regantes?.....8
Ronda campesina?.....9
Comunidad religiosa?.....10
Agrupación política?.....11
Otra?.....12
(Especifique)

NO PERTENECE A NINGUNA.....13
NO CORRESPONDE.....14

Encuestador(a): Si circuló alguno de los códigos del 1 al 12 y código 14, pase a la pregunta 919. Si circuló código 13 "NO PERTENECE A NINGUNA" continúe con la pregunta 918.

918. ¿POR QUÉ RAZÓN NO PERTENECE A ALGUNA ORGANIZACIÓN, ASOCIACIÓN O AGRUPACIÓN?
(Acepte sólo un código)

Debido a su limitación1
No conoce personas influyentes.....2
No le interesa / No quiere participar.....3
Falta de tiempo.....4
Desconoce que existen.....5
Otro6
(Especifique)

BIENESTAR

919. ¿UD. REALIZA TAREAS O ACTIVIDADES COMO:
(Lea cada alternativa y acepte uno o más códigos)

Cuidado de otro miembro del hogar?.....1
Trámites financieros (para acceder a un crédito personal, adquirir propiedades, formar una empresa)?.....2
Trámite para obtener una pensión de jubilación?.....3
Otra tarea?.....4
(Especifique)

NINGUNA.....5

920. ¿A QUÉ ACTIVIDADES DEDICA SU TIEMPO LIBRE?
(Acepte uno o más códigos)

Ver televisión (programas, videos, etc.).....1
Escuchar radio o música2
Leer (libros, revistas, periódicos, etc.)3
Navegar por internet4
Chatear o enviar correos electrónicos (e-mail)5
Visitar amigos6
Hacer manualidades7
Practicar algún deporte.....8
Asistir a centros de esparcimiento9
Asistir a grupos de oración.....10
Ayudar a otra persona con discapacidad.....11
Descansar sin hacer nada12
Otra actividad13
(Especifique)

NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD14

ACTITUDES

921. ¿CONSIDERA UD. QUE POR LA EXPERIENCIA DE SU LIMITACIÓN:
(Lea cada alternativa y circule el código 1 ó 2, según corresponda)

	Sí	No
1. Ha desarrollado un aspecto positivo de su carácter?.....	1	2
2. Ha mejorado su desarrollo personal?.....	1	2
3. Valora más las cosas que aún puede realizar?.....	1	2
4. Otra actitud?..... (Especifique)	1	2

CALENDARIO 2011

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

CALENDARIO 2012

ENERO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

FEBRERO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29			

MARZO

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

ABRIL

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

MAYO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNIO

D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

JULIO

D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AGOSTO

D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SETIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
30						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

OCTUBRE

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DICIEMBRE

D	L	M	M	J	V	S
30	31					1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

CALENDARIO 2013

ENERO

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		