

ENCUESTA ESTRUCTURAL A HOGARES

*Módulos de dependencia
y cuidado de menores 2017*



PARTE ESPECÍFICA

ENTREVISTA :

Entrevistador/a:	_ _
Inspector/a de entrevistadores:	
Fecha de la entrevista: Día _ _ Mes _ _ Semana de referencia _ _	
Informante:	
Persona de referencia:	
Teléfono de contacto del hogar: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA				
Municipio		Calle, plaza, carretera		
Núm. o km.	Escalera	Planta	Puerta	Código Postal
Provincia _ _	Área de muestreo _	Código del Municipio _ _ _ _		
Código de Distrito _ _		Código de Sección _ _ _		
Nº de orden de la vivienda _ _	Nº de hogares en la vivienda _	Hogar nº _		
Nº de cuestionarios en el hogar _	Cuestionario nº _			
Vivienda titular <input type="checkbox"/>	Vivienda sustituta <input type="checkbox"/>			

ESPACIO PARA MODIFICACIONES				
Municipio		Calle, plaza, carretera		
Núm. o km.	Escalera	Planta	Puerta	Código Postal
Provincia _ _	Área de muestreo _	Código del Municipio _ _ _ _		
Código de Distrito _ _		Código de Sección _ _ _		
Nº de orden de la vivienda _ _	Nº de hogares en la vivienda _	Hogar nº _		
Nº de cuestionarios en el hogar _	Cuestionario nº _			
Vivienda titular <input type="checkbox"/>	Vivienda sustituta <input type="checkbox"/>			

La información recogida en este cuestionario, según la **LEY 9/1988, del 19 de julio, de ESTADÍSTICA DE GALICIA**:

- Tiene **CARÁCTER OBLIGATORIO** (Art. 18): "Las estadísticas incluidas en el Plan Gallego de Estadística, en los Programas Estadísticos Anuales y las previstas en los convenios de colaboración a los que se refiere el artículo 13 de esta Ley tendrán, para su elaboración, la obligatoriedad de colaboración ciudadana", obligatoriedad sujeta a la potestad sancionadora a la que se refiere el Capítulo IV (Régimen sancionador) del Título I, que tipifica las infracciones administrativas y regula las sanciones aplicables en los artículos 32 a 36.
- Está amparada por el **SECRETO ESTADÍSTICO** (Arts. 24-28): "Serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico tanto los datos relativos a las personas físicas como a las personas jurídicas" (Art. 24.1). "Los datos individuales facilitados por razones estadísticas no se podrán usar en ningún caso para finalidades fiscales o policiales, ni para cualquier otra distinta de aquella para la que fueron solicitados" (Art. 24.3). "Todas las personas, organismos e instituciones que intervengan en las operaciones reguladas por la presente Ley tendrán la obligación de mantener el secreto estadístico respecto de los datos comunicados. Esta obligación la conservarán las personas aún después de concluir sus actividades profesionales y su vinculación con los servicios estadísticos. En virtud de dicha obligación los datos individuales comunicados no se podrán hacer públicos ni se le comunicarán a ninguna persona o entidad" (Art. 26).

PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

46. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene dependencia para realizar por sí mismo ciertas actividades de la vida cotidiana (lavarse, comer y beber, caminar, orientarse, etc.)?

1. Sí 1
6. No 6 → PASAR A 61

Encuestador: Cubra una columna por cada persona en situación de dependencia del hogar

	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Número de orden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

47. Indique el tipo de apoyo que necesita para la realización de las siguientes actividades

NP. No apoyo: no necesita ayuda para realizar esa actividad

SP. Supervisión: necesita que le hagan indicaciones para realizar la actividad de manera adecuada

AM. Apoyo moderado: requiere que le ayuden físicamente en la realización de la actividad (incluye la preparación de los elementos necesarios para la realización de la actividad)

AC. Apoyo completo: requiere que lo sustituyan en la realización física de la actividad

AE. Apoyo especial: cuando en cualquiera de los anteriores apoyos existen condiciones excepcionales de salud que lo obstaculicen de manera importante (alteraciones del comportamiento, sorderoeguera...)

Actividades relativas al cuidado personal	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE
	a) Lavarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b) Vestirse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Otros cuidados personales (cortarse las uñas, lavarse los dientes o el pelo, peinarse)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Controlar las necesidades y utilizar solo el baño	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Comer y beber	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Movilidad	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE
f) Cambiar las posiciones del cuerpo (de una silla a otra, de la cama a una silla)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Levantarse, tumbarse y permanecer de pie o sentado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Desplazarse dentro del hogar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Desplazarse fuera del hogar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Usar el transporte público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Otras actividades	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE
m) Ocuparse de las tareas del hogar (limpiar, planchar, preparar la comida, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Ocuparse de las compras y controlar los suministros y servicios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Usar y gestionar el dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
p) Administrar y controlar sus medicinas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Evitar peligros dentro del hogar (olvidar el fuego encendido, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Evitar peligros fuera del hogar (cruzar la calle solo, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Pedir ayuda ante una urgencia (llamar por teléfono, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Mantener relaciones básicas y complejas con otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

48. ¿Cuál o cuáles son las causas que dieron origen a la situación de dependencia que tiene en la actualidad? (Puede marcar más de una opción)

- | | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) Nacimiento | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| b) Accidente | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| c) Enfermedad | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| d) Dependencia derivada de la edad | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

49. ¿Cuántos años hace que necesita cuidados?

- Número de años
- (Si hace menos de 1 año, anote 1)

50. ¿Cuántas horas al día precisa cuidados?

- Número de horas diarias

	Persona 1	Persona 2	Persona 3																																																																																																			
Número de orden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																			
51. ¿Cuántas horas al día recibe cuidados? Número de horas diarias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																			
Encuestador: Si no recibe ningún cuidado, PASE A LA PREGUNTA 52. Si recibe menos cuidados de los que precisa, PASE A LA PREGUNTA 53. Si recibe todos los cuidados que precisa, PASE A LA PREGUNTA 54.																																																																																																						
52. ¿Cuál es el motivo por el que no recibe cuidados? (Puede marcar más de una opción)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....																												
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
Encuestador: PASE A LA PREGUNTA 55																																																																																																						
53. ¿Cuál es el motivo por el que recibe menos cuidados de los que precisa? (Puede marcar más de una opción)	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) No sabe a donde acudir</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar																												
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
54. ¿Quién le presta los cuidados?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Miembros de este hogar</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Miembros de este hogar</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Miembros de este hogar</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar										
	Sí	No																																																																																																				
a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) Miembros de este hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar																																																																																																					
.....																																																																																																					
55. ¿Cuáles de los siguientes servicios precisa?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Teleasistencia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Estancias en centros de día</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Comida a domicilio</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Transporte adaptado</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Teleasistencia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Estancias en centros de día</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Comida a domicilio</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Transporte adaptado</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....		<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a) Teleasistencia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Estancias en centros de día</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Comida a domicilio</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Transporte adaptado</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Otros</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Especificar.....</td> <td colspan="2">.....</td> </tr> <tr> <td> </td> <td colspan="2">.....</td> </tr> </table>		Sí	No	a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Especificar.....	
	Sí	No																																																																																																				
a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
	Sí	No																																																																																																				
a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
h) Otros	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>																																																																																																				
Especificar.....																																																																																																					
.....																																																																																																					
Encuestador: Si contestó Sí en alguna de las categorías, PASE A LA PREGUNTA 56. Si contestó No en todas las categorías, PASE A LA PREGUNTA 57.																																																																																																						

	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Número de orden	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
56. De los servicios especificados en la pregunta anterior, ¿cuáles está a recibir? Señale también qué organismo se encarga de la provisión de ese servicio			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> Público/Iniciativa social: servicios prestados por las Administraciones Públicas y/o entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...) </div> Privado: servicios prestados por empresas privadas o personas con fines de lucro Ambos: servicios prestados por ambos tipos de iniciativas			
	Público / I. social Privado Ambos No	Público / I. social Privado Ambos No	Público / I. social Privado Ambos No
a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, le visten y asean, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
h) Otros	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
57. ¿Necesita alguno de los siguientes productos de apoyo o adaptaciones en la vivienda?			
	Necesita y dispone Necesita y no dispone No necesita	Necesita y dispone Necesita y no dispone No necesita	Necesita y dispone Necesita y no dispone No necesita
a) Bastón, muletas, andador	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
b) Silla de ruedas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
c) Grúa	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
d) Audífono	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
e) Adaptaciones en la vivienda (ascensor, rampas, baño adaptado, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
f) Otros	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Especificar
58. ¿Suponen los cuidados un gasto para el hogar?			
1. Sí	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6. No	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61
59. ¿Asume el hogar el gasto de los cuidados en su totalidad?			
1. Sí	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 61
6. No	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
60. ¿Quién ayuda al hogar a costear el gasto de esos cuidados? (Puede marcar más de una opción)			
	Sí No	Sí No	Sí No
a) Otro hogar	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
b) Administración Pública	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
c) Entidad de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
d) Otros	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Especificar

PERSONAS CUIDADORAS

61. ¿Usted o algún miembro de su hogar cuida, sin percibir remuneración a cambio, a alguna persona en situación de dependencia para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana (lavarse, beber, comer, caminar, etc.)?
(La persona cuidada puede residir en este hogar o en otro; no tenga en cuenta como remuneración las ayudas de la Ley de dependencia)

1. Sí 1
6. No 6 → PASAR A 69

Encuestador: Cubra una columna por cada persona cuidadora del hogar

	<i>Cuidador/a 1</i>	<i>Cuidador/a 2</i>	<i>Cuidador/a 3</i>
Número de orden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
62. ¿A cuántas personas en situación de dependencia cuida?			
a) Número de personas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) Número de personas miembros del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
63. ¿Cuántas horas semanales dedica al cuidado de personas en situación de dependencia?			
Número de horas semanales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
64. ¿Cuántos años hace que cuida a personas en situación de dependencia?			
Número de años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Si hace menos de 1 año, anote 1)			
65. ¿Ha realizado o asistido a cursos, programas o grupos para mejorar su formación en el cuidado de personas en situación de dependencia?	Sí	No	Sí
a) Grupos de autoayuda, asociaciones de familiares de personas en situación de dependencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b) Programas de orientación para el cuidador (estrategias para afrontar el estrés, compaginar los cuidados con otras actividades, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c) Programas de información y asesoramiento para el cuidado de personas en situación de dependencia	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d) Formación reglada sobre cuidado de personas en situación de dependencia (formación profesional)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
66. Ante alguna de las tareas derivadas del cuidado de esas personas en situación de dependencia, indique si:	Sí	No	Sí
a) Tiene dificultades por faltarle fuerza física	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b) Tiene dificultades porque la persona en situación de dependencia no colabora	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c) Tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d) Cree que precisa más formación especializada de la que tiene	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e) Otras dificultades	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Especificar
67. ¿Qué actividades o relaciones tuvo que suprimir o reducir para poder cuidar a esas personas en situación de dependencia?	Sí	No	Sí
a) Su trabajo doméstico	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b) Su trabajo remunerado y/o estudios	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c) Su vida familiar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d) Sus actividades de ocio y/o relaciones sociales	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e) Otras actividades habituales	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Especificar
68. Indique si ha influido el cuidado de esas personas en situación de dependencia en...	Sí	No	Sí
a) Su salud (estrés, falta de descanso...)	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b) La economía del hogar	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

