

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:

ESPACIO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Municipio Calle, plaza, carretera

Núm. o km. Escalera Planta Puerta Código postal

Provincia Área de muestreo Municipio

Código de distrito Código de sección

Nº orden de la vivienda Nº hogares en la vivienda Hogar nº

Nº de cuestionarios en hogar Cuestionario nº

Vivienda titular Vivienda sustituta

ESPACIO PARA MODIFICACIONES

Municipio Calle, plaza, carretera

Núm. o km. Escalera Planta Puerta Código postal

Provincia Área de muestreo Municipio

Código de distrito Código de sección

Nº orden de la vivienda Nº hogares en la vivienda Hogar nº

Nº de cuestionarios en hogar Cuestionario nº

Vivienda titular Vivienda sustituta

La información recogida en este cuestionario, según la **LEY 9/1988, de 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).

	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"/>
4. ¿Cuántos años hace que necesita cuidados? Número de años (si es menos de 1 año, anote 1)	<input type="text"/> <input type="text"/> 888 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 888 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 888 <input type="checkbox"/> No contesta
5. ¿Cuántas horas al día precisa cuidados? Número de horas diarias	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta
6. ¿Cuántas horas al día recibe cuidados? Número de horas diarias	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta	<input type="text"/> <input type="text"/> 88 <input type="checkbox"/> No contesta
Encuestador/a: Si no recibe ningún cuidado o recibe menos cuidados de los que precisa, PASE A LA PREGUNTA 7. Si recibe todos los cuidados que precisa, PASE A LA PREGUNTA 8.			
7. ¿Cuál es el motivo por el que no recibe cuidados o recibe menos cuidados de los que precisa?	Sí No	Sí No	Sí No
a) No hay personas de su hogar o de su familia disponibles	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) No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa	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) Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa	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) No sabe a donde acudir	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
e) 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 .....	.....	.....	.....
Encuestador/a: Si no recibe cuidados, PASE A LA PREGUNTA 9			
8. ¿Quién le presta los cuidados?	Sí No	Sí No	Sí No
a) Miembros de este 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) Personas de fuera del hogar parientes suyos (hijo/a, padre/madre, nuera/yerno, etc.)	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) Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos...) ..	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) Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
g) 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 .....	.....	.....	.....
9. ¿Cuáles de los siguientes servicios precisa?	Sí No No contesta	Sí No No contesta	Sí No No contesta
a) Teleasistencia	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
b) Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, vestir y asear, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
c) Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
d) Estancias en centros de día	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
e) Programas de respiro (estancias temporales en residencias)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
f) Comida a domicilio	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
g) Transporte adaptado	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
h) Otros	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Especificar .....	.....	.....	.....
Encuestador/a: Si contestó Si en alguna de las categorías, PASE A LA PREGUNTA 10. Si contestó No en todas las categorías, PASE A LA PREGUNTA 11.			

	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Número de orden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. De los servicios especificados en la pregunta anterior, ¿cuáles está a recibir? Marque también qué organismo se encarga de la provisión de ese servicio			
Público/Iniciativa social: servicios prestados por las Administraciones Públicas y/o entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja...) Privado: servicios prestados por empresas privadas o personas con fines de lucro Ambos: servicios prestados por ambos tipos de iniciativas			
	Público / 1. social Privado Ambos No	Público / 1. social Privado Ambos No	Público / 1. 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, vestir y asear, 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"/>
11. ¿Necesita alguno de los siguientes productos de apoyo o adaptaciones en la vivienda?			
	Necesita y dispone no dispone Necesita y necesita No contesta No	Necesita y dispone no dispone Necesita y necesita contesta No	Necesita y dispone no dispone Necesita y necesita contesta No
a) Bastón, muletas, andador	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
b) Silla de ruedas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
c) Grúa	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
d) Audífono	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <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"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
f) Otros	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Especificar .....	.....	.....	.....
12. ¿Ha tenido el hogar gastos debidos a esa dependencia (en ayuda, asistencia, tratamientos, medicinas...) en los últimos 12 meses?			
1. Sí	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
6. No	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15
8. No contesta	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15
13. ¿Asumió el hogar la totalidad de esos gastos?			
1. Si	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15	1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 15
6. Non	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14. ¿Quién le ayudó a costear esos gastos?			
	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

15. ¿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 → FIN

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"/>
16. ¿A cuántas personas en situación de dependencia cuida? Número de personas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. ¿Alguna de ellas es miembro de este hogar? 1. Sí 6. No	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19
8. No contesta	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19	8 <input type="checkbox"/> → PASAR A 19
18. ¿Cuántas de esas personas a las que cuida son miembros de este hogar? Número de personas miembros del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. ¿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"/>
20. ¿Cuántos años hace que cuida a personas en situación de dependencia? Número de años (Si hace menos de 1 año, anote 1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21. ¿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 No	Sí No
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"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <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"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <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"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <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"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
22. Ante alguna de las tareas derivadas del cuidado de esas personas en situación de dependencia, indique si:	Sí No	Sí No	Sí No
a) Tiene dificultades por faltarle fuerza física	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) Tiene dificultades porque la persona en situación de dependencia no colabora	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) Tiene dudas sobre como sería la mejor manera de hacerlo	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) Cree que precisa más formación especializada de la que tiene	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
e) Otras dificultades	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 .....	.....	.....	.....

