

THE CENTRAL CENSUS STEERING COMMITTEE  
**POPULATION AND HOUSING CENSUS QUESTIONNAIRE**

TIME : 00.00 A.M. APRIL 01, 2009



(LONG FORM)

**ALL INFORMATION HEREIN WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL**

SAMPLE DIGITS TO FILL INTO BOX

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PLACE "X" INTO THE SMALL BOX TO INDICATE THE RESPECTIVE ANSWER

**IDENTIFICATION**

PROVINCE/CITY: \_\_\_\_\_

DISTRICT/QUARTER/TOWN/PROVINCIAL CITY: \_\_\_\_\_

COMMUNE/WARD/DISTRICT TOWN: \_\_\_\_\_

ENUMERATION AREA (EA) NUMBER: .....

NAME OF EA: \_\_\_\_\_

URBAN/RURAL (URBAN = 1; RURAL = 2): .....

HOUSEHOLD NUMBER: .....

FULL NAME OF HOUSEHOLD HEAD: \_\_\_\_\_

ADDRESS OF THE HOUSEHOLD: \_\_\_\_\_

**RESULTS**

NUMBER OF USUAL RESIDENTS IN THIS SET OF QUESTIONNAIRE: .....

NUMBER OF MALES: .....

NUMBER OF FEMALES: .....

THIS IS SET  IN  SETS OF THE HOUSEHOLD

**CERTIFICATION**

	FULL NAME	SIGNATURE
HOUSEHOLD HEAD/RESPONDENT	_____	_____
ENUMERATOR	_____	_____
TEAM SUPERVISOR	_____	_____

**PART I: POPULATION INFORMATION**

7

QUESTION/FILTER	NAME AND SERIAL NUMBER SERIAL N° <b>1</b>	
1. FULL NAME OF EACH PERSON USUALLY RESIDING IN THE HOUSEHOLD, STARTING WITH THE HOUSEHOLD HEAD.  APPLICATION OF INTERVIEW PROCESS FOR DETERMINATION OF USUAL RESIDENTS	_____ _____	
2. What is [NAME]'s relationship to household head?	HOUSEHOLD HEAD ..... 1 <input type="checkbox"/> SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>	
3. Is [NAME] male or female?	MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/> MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	
4. In what solar month and year was [NAME] born?  L	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR .9999 <input type="checkbox"/> NOT STATED YEAR .9999 <input type="checkbox"/>	
5. What is [NAME]'s age as of his/her last birthday? (IF AGE IS 95 YEARS OR MORE, WRITE '95' )	AGE <input type="text"/> <input type="text"/> AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
6. To what ethnic group does [NAME] belong?	KINH..... 1 <input type="checkbox"/> KINH..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP NAME OF ETHNIC GROUP	
7. Does [NAME] follow any faith/religion? IF YES: What is [NAME]'s faith/religion?	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> YES ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> NAME OF RELIGION NAME OF RELIGION NO ..... 2 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	
<b>8. CHECK: IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/2004 (5 YEARS AND OVER) → Q 9; OTHERWISE → ASK THE NEXT</b>		
9. Where did [NAME] reside, five years ago (on 1/4/2004)?  L	SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> ANOTHER COMMUNE/WARD ANOTHER COMMUNE/WARD IN SAME DISTRICT/QUARTER... 2 <input type="checkbox"/> IN SAME DISTRICT/QUARTER... 2 <input type="checkbox"/> ANOTHER DISTRICT/QUARTER ANOTHER DISTRICT/QUARTER IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NAME OF DISTRICT NAME OF DISTRICT ANOTHER PROVINCE/CITY ..... 4 <input type="checkbox"/> ANOTHER PROVINCE/CITY ..... 4 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> NAME OF PROVINCE NAME OF PROVINCE ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> Q11 ← Q11 ←	

--	--	--

--

SERIAL N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span>	SERIAL N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</span>	SERIAL N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</span>	SERIAL N° <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</span>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>
MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE .. 1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>
L MONTH <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> Q6 ←	MONTH <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> Q6 ←	MONTH <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> Q6 ←	MONTH <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> YEAR <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> Q6 ←
NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>
AGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	AGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	AGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>	AGE <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>
KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF ETHNIC GROUP	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF ETHNIC GROUP	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF ETHNIC GROUP	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF ETHNIC GROUP
YES ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF RELIGION	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF RELIGION	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF RELIGION	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF RELIGION
NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>
<b>8. CHECK: IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/2004 (5 YEARS AND OVER) → Q 9; OTHERWISE → ASK THE NEXT</b>			
SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> ANOTHER COMMUNE/WARD IN SAME DISTRICT/QUARTERN ... 2 <input type="checkbox"/> ANOTHER DISTRICT/QUARTER IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF DISTRICT ANOTHER PROVINCE/CITY .... 4 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF PROVINCE ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> L Q11 ←	SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> ANOTHER COMMUNE/WARD IN SAME DISTRICT/QUARTERN ... 2 <input type="checkbox"/> ANOTHER DISTRICT/QUARTER IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF DISTRICT ANOTHER PROVINCE/CITY .... 4 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF PROVINCE ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> Q11 ←	SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> ANOTHER COMMUNE/WARD IN SAME DISTRICT/QUARTERN ... 2 <input type="checkbox"/> ANOTHER DISTRICT/QUARTER IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF DISTRICT ANOTHER PROVINCE/CITY .... 4 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF PROVINCE ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> Q11 ←	SAME COMMUNE/WARD ..... 1 <input type="checkbox"/> ANOTHER COMMUNE/WARD IN SAME DISTRICT/QUARTERN ... 2 <input type="checkbox"/> ANOTHER DISTRICT/QUARTER IN SAME PROVINCE ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF DISTRICT ANOTHER PROVINCE/CITY .... 4 <input type="checkbox"/> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table> NAME OF PROVINCE ABROAD ..... 5 <input type="checkbox"/> Q11 ←

┌

┐

NAME AND SERIAL NUMBER	1	2																																								
QUESTION/FILTER																																										
10. Is the above-mentioned place of usual residence a ward, a district town or a commune, five years ago?	WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/> COMMUNE.....2 <input type="checkbox"/>	WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/> COMMUNE.....2 <input type="checkbox"/>																																								
11. Has [NAME] has any difficulty as: IF YES: How difficult is it?: a little, very difficulty or been unable. a) Seeing (even if wearing glasses)? b) Hearing? c) Walking? d) Remembering or paying attention to?	<table border="0"> <tr> <td>NO DIFFICULTY</td> <td>A LITTLE DIFFICULTY</td> <td>VERY DIFFICULTY</td> <td>UNABLE [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICULTY	A LITTLE DIFFICULTY	VERY DIFFICULTY	UNABLE [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>NO DIFFICULTY</td> <td>A LITTLE DIFFICULTY</td> <td>VERY DIFFICULTY</td> <td>UNABLE [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICULTY	A LITTLE DIFFICULTY	VERY DIFFICULTY	UNABLE [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
NO DIFFICULTY	A LITTLE DIFFICULTY	VERY DIFFICULTY	UNABLE [...]																																							
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"/>																																							
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																							
NO DIFFICULTY	A LITTLE DIFFICULTY	VERY DIFFICULTY	UNABLE [...]																																							
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"/>																																							
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																							
12. At present, has [NAME] been attending, ever attended or never attended schools?	ATTENDING..... 1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED..... 2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/> Q16 ←	ATTENDING..... 1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED..... 2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/> Q16 ←																																								
13. What is the highest grade of education/training [NAME] is attending or has attained?  ABBREVIATION:  TRADE VOC. SCHOOL - TRADE VOCATIONAL SCHOOL  VOC. SCHOOL - VOCATIONAL SCHOOL	PRE-SCHOOL .....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER .....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL .....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE .....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY .....09 <input type="checkbox"/> MASTER .....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR .....11 <input type="checkbox"/>																																								
14. What is the highest grade/year of education/training [NAME] is attending or has completed at the above-mentioned grade?  (GRADE IS CONVERTED INTO 12-YEAR GENERAL EDUCATION LEVEL)	GRADE/YEAR <input type="text"/>	GRADE/YEAR <input type="text"/>																																								
15. CHECK Q 13: IF Q 13 = 1 → Q 16; OTHERWISE → Q 17																																										
16. At present, can [NAME] read, write?	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>																																								
17. IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/1994 (15 YEARS AND OVER) → Q 18; OTHERWISE → ASK THE NEXT																																										
18. What is the current marital status of [NAME]?	NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/> MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/> WIDOWED..... 3 <input type="checkbox"/> DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/> SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/> MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/> WIDOWED..... 3 <input type="checkbox"/> DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/> SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>																																								

┌

└

--	--	--

--

3	4	5	6																																																																																
WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/>	WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/>	WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/>	WARD/DISTRICT TOWN 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
COMMUNE ..... 2 <input type="checkbox"/>	COMMUNE ..... 2 <input type="checkbox"/>	COMMUNE ..... 2 <input type="checkbox"/>	COMMUNE ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO DIFFICUL TY</td> <td style="text-align: center;">A LITTLE DIFFIC ULTY</td> <td style="text-align: center;">VERY DIFFICU LTY</td> <td style="text-align: center;">UNABL E [...]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO DIFFICUL TY</td> <td style="text-align: center;">A LITTLE DIFFIC ULTY</td> <td style="text-align: center;">VERY DIFFICU LTY</td> <td style="text-align: center;">UNABL E [...]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO DIFFICUL TY</td> <td style="text-align: center;">A LITTLE DIFFIC ULTY</td> <td style="text-align: center;">VERY DIFFICU LTY</td> <td style="text-align: center;">UNABL E [...]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO DIFFICUL TY</td> <td style="text-align: center;">A LITTLE DIFFIC ULTY</td> <td style="text-align: center;">VERY DIFFICU LTY</td> <td style="text-align: center;">UNABL E [...]</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
NO DIFFICUL TY	A LITTLE DIFFIC ULTY	VERY DIFFICU LTY	UNABL E [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
ATTENDING ..... 1 <input type="checkbox"/>	ATTENDING ..... 1 <input type="checkbox"/>	ATTENDING..... 1 <input type="checkbox"/>	ATTENDING..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
EVER ATTENDED ..... 2 <input type="checkbox"/>	EVER ATTENDED ..... 2 <input type="checkbox"/>	EVER ATTENDED ..... 2 <input type="checkbox"/>	EVER ATTENDED ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/>	NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/>	NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/>	NEVER ATTENDED..... 3 <input type="checkbox"/>																																																																																
Q16 ←	Q16 ←	Q16 ←	Q16 ←																																																																																
PRE-SCHOOL .....00 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL .....00 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL .....00 <input type="checkbox"/>																																																																																
Q16 ←	Q16 ←	Q16 ←	Q16 ←																																																																																
PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/>	PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/>	PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/>	PRIMARY .....01 <input type="checkbox"/>																																																																																
LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/>	LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/>	LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/>	LOWER SECONDARY .....02 <input type="checkbox"/>																																																																																
SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/>	SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/>	SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/>	SHORT TERM TRAINING...03 <input type="checkbox"/>																																																																																
HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/>	HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/>	HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/>	HIGHER SECONDARY .....04 <input type="checkbox"/>																																																																																
TRADE VOC. SCHOOL .....05 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL .....05 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL .....05 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL .....05 <input type="checkbox"/>																																																																																
VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL .....06 <input type="checkbox"/>																																																																																
TRADE COLLEGE .....07 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE .....07 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE .....07 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE .....07 <input type="checkbox"/>																																																																																
COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/>	COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/>	COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/>	COLLEGE .....08 <input type="checkbox"/>																																																																																
UNIVERSITY .....09 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY .....09 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY .....09 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY .....09 <input type="checkbox"/>																																																																																
MASTER .....10 <input type="checkbox"/>	MASTER .....10 <input type="checkbox"/>	MASTER .....10 <input type="checkbox"/>	MASTER .....10 <input type="checkbox"/>																																																																																
DOCTOR .....11 <input type="checkbox"/>	DOCTOR .....11 <input type="checkbox"/>	DOCTOR .....11 <input type="checkbox"/>	DOCTOR .....11 <input type="checkbox"/>																																																																																
GRADE/YEAR <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	GRADE/YEAR <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	GRADE/YEAR <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	GRADE/YEAR <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																
<b>15. CHECK Q 13: IF Q 13 = 1 → Q 16; OTHERWISE → Q 17</b>																																																																																			
YES ..... 1 <input type="checkbox"/>	YES ..... 1 <input type="checkbox"/>	YES ..... 1 <input type="checkbox"/>	YES ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
<b>17. IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/1994 (15 YEARS AND OVER) → Q 18; OTHERWISE! → ASK THE NEXT</b>																																																																																			
NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/>	NEVER MARRIED ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/>	MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/>	MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/>	MARRIED ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
WIDOWED ..... 3 <input type="checkbox"/>	WIDOWED ..... 3 <input type="checkbox"/>	WIDOWED ..... 3 <input type="checkbox"/>	WIDOWED ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																																																
DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/>	DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/>	DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/>	DIVORCED ..... 4 <input type="checkbox"/>																																																																																
SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>	SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>	SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>	SEPARATED ..... 5 <input type="checkbox"/>																																																																																

NAME AND SERIAL NUMBER	1	2
QUESTION/FILTER		
19. What is the highest qualification that [NAME] attained?  ABBREVIATION:  TRADE VOC. SCHOOL - TRADE VOCATIONAL SCHOOL  VOC. SCHOOL - VOCATIONAL SCHOOL	NO QUALIFICATION..... 1 <input type="checkbox"/> SHORT-TERM TRAINING..... 2 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL..... 3 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL..... 4 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE..... 5 <input type="checkbox"/> COLLEGE..... 6 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY..... 7 <input type="checkbox"/> MASTER..... 8 <input type="checkbox"/> DOCTOR..... 9 <input type="checkbox"/>	NO QUALIFICATION..... 1 <input type="checkbox"/> SHORT-TERM TRAINING..... 2 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL..... 3 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL..... 4 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE..... 5 <input type="checkbox"/> COLLEGE..... 6 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY..... 7 <input type="checkbox"/> MASTER..... 8 <input type="checkbox"/> DOCTOR..... 9 <input type="checkbox"/>
20. Now, let me ask about the work in <b>the last 7 days</b> : During the last 7 days, did you do any work to make profit?	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a NO..... 2 <input type="checkbox"/> DO NOT KNOW..... 3 <input type="checkbox"/> → Q31	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a NO..... 2 <input type="checkbox"/> DO NOT KNOW..... 3 <input type="checkbox"/> → Q31
21. Did you still receive wage/salary without working ?	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b NO..... 2 <input type="checkbox"/>	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b NO..... 2 <input type="checkbox"/>
22. Did you have a job that you will return to work during the next 30 days?	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b NO..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b NO..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28
23a. During the last 7 days, what was the main type of work you did and what position did you hold for the mentioned work (IF AVAILABLE)?	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
23b. During the 7 days before having break from work, what was the main type of work you did and what position did you hold for the mentioned work (IF AVAILABLE)?	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>
24. With above-mentioned work, are you the contributing family-worker, employee or work as another role?	FAMILY WORKER..... 1 <input type="checkbox"/> EMPLOYEE..... 2 <input type="checkbox"/> OTHERS..... 3 <input type="checkbox"/>	FAMILY WORKER..... 1 <input type="checkbox"/> EMPLOYEE..... 2 <input type="checkbox"/> OTHERS..... 3 <input type="checkbox"/>
25. Does the establishment where you did the above-mentioned work belong to individual, household of individual production and trade, collective, private, state or foreign investment economic sector?  ABBREVIATION:  HH OF IN. PRO. TRADE – HOUSEHOLD OF INDIVIDUAL PRODUCTION AND TRADE (INCLUDING AGRICULTURE-FORESTRY-FISHERY AND NONE AGRICULTURE-FORESTRY-FISHERY HOUSEHOLDS)	INDIVIDUAL..... 1 <input type="checkbox"/> Q31 ← <input type="checkbox"/> HH OF IN. PRO. TRADE..... 2 <input type="checkbox"/> Q27 ← <input type="checkbox"/> COLLECTIVE..... 3 <input type="checkbox"/> PRIVATE..... 4 <input type="checkbox"/> STATE..... 5 <input type="checkbox"/> FOREIGN INVESTMENT..... 6 <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL..... 1 <input type="checkbox"/> Q31 ← <input type="checkbox"/> HH OF IN. PRO. TRADE..... 2 <input type="checkbox"/> Q27 ← <input type="checkbox"/> COLLECTIVE..... 3 <input type="checkbox"/> PRIVATE..... 4 <input type="checkbox"/> STATE..... 5 <input type="checkbox"/> FOREIGN INVESTMENT..... 6 <input type="checkbox"/>
26. What is the name of the establishment where you did the above-mentioned work and the name of its direct supervision organization (IF AVAILABLE)?	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
NO QUALIFICATION ..... 1 <input type="checkbox"/>	NO QUALIFICATION ..... 1 <input type="checkbox"/>	NO QUALIFICATION ..... 1 <input type="checkbox"/>	NO QUALIFICATION ..... 1 <input type="checkbox"/>
SHORT-TERM TRAINING ..... 2 <input type="checkbox"/>	SHORT-TERM TRAINING ..... 2 <input type="checkbox"/>	SHORT-TERM TRAINING ..... 2 <input type="checkbox"/>	SHORT-TERM TRAINING ..... 2 <input type="checkbox"/>
TRADE VOC. SCHOOL ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRADE VOC. SCHOOL ..... 3 <input type="checkbox"/>
VOC. SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/>	VOC. SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/>
TRADE COLLEGE ..... 5 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE ..... 5 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE ..... 5 <input type="checkbox"/>	TRADE COLLEGE ..... 5 <input type="checkbox"/>
COLLEGE ..... 6 <input type="checkbox"/>	COLLEGE ..... 6 <input type="checkbox"/>	COLLEGE ..... 6 <input type="checkbox"/>	COLLEGE ..... 6 <input type="checkbox"/>
UNIVERSITY ..... 7 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY ..... 7 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY ..... 7 <input type="checkbox"/>	UNIVERSITY ..... 7 <input type="checkbox"/>
MASTER ..... 8 <input type="checkbox"/>	MASTER ..... 8 <input type="checkbox"/>	MASTER ..... 8 <input type="checkbox"/>	MASTER ..... 8 <input type="checkbox"/>
DOCTOR ..... 9 <input type="checkbox"/>	DOCTOR ..... 9 <input type="checkbox"/>	DOCTOR ..... 9 <input type="checkbox"/>	DOCTOR ..... 9 <input type="checkbox"/>
YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23a
NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>
DO NOT KNOW. 3 <input type="checkbox"/> → Q31	DO NOT KNOW. 3 <input type="checkbox"/> → Q31	DO NOT KNOW. 3 <input type="checkbox"/> → Q31	DO NOT KNOW. 3 <input type="checkbox"/> → Q31
YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b
NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/>
YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> → Q23b
NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28	NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28	NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28	NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q28
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	L <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FAMILY WORKER ..... 1 <input type="checkbox"/>	FAMILY WORKER ..... 1 <input type="checkbox"/>	FAMILY WORKER ..... 1 <input type="checkbox"/>	FAMILY WORKER ..... 1 <input type="checkbox"/>
EMPLOYEE ..... 2 <input type="checkbox"/>	EMPLOYEE ..... 2 <input type="checkbox"/>	EMPLOYEE ..... 2 <input type="checkbox"/>	EMPLOYEE ..... 2 <input type="checkbox"/>
OTHERS ..... 3 <input type="checkbox"/>	OTHERS ..... 3 <input type="checkbox"/>	OTHERS ..... 3 <input type="checkbox"/>	OTHERS ..... 3 <input type="checkbox"/>
INDIVIDUAL ..... 1 <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL ..... 1 <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL ..... 1 <input type="checkbox"/>	INDIVIDUAL ..... 1 <input type="checkbox"/>
HH OF IN. PRO. TRADE ..... 2 <input type="checkbox"/>	HH OF IN. PRO. TRADE ..... 2 <input type="checkbox"/>	HH OF IN. PRO. TRADE ..... 2 <input type="checkbox"/>	HH OF IN. PRO. TRADE ..... 2 <input type="checkbox"/>
Q31 ← <input type="checkbox"/>	Q31 ← <input type="checkbox"/>	Q31 ← <input type="checkbox"/>	Q31 ← <input type="checkbox"/>
L Q27 ← <input type="checkbox"/>	Q27 ← <input type="checkbox"/>	Q27 ← <input type="checkbox"/>	J Q27 ← <input type="checkbox"/>
COLLECTIVE ..... 3 <input type="checkbox"/>	COLLECTIVE ..... 3 <input type="checkbox"/>	COLLECTIVE ..... 3 <input type="checkbox"/>	COLLECTIVE ..... 3 <input type="checkbox"/>
PRIVATE ..... 4 <input type="checkbox"/>	PRIVATE ..... 4 <input type="checkbox"/>	PRIVATE ..... 4 <input type="checkbox"/>	PRIVATE ..... 4 <input type="checkbox"/>
STATE ..... 5 <input type="checkbox"/>	STATE ..... 5 <input type="checkbox"/>	STATE ..... 5 <input type="checkbox"/>	STATE ..... 5 <input type="checkbox"/>
FOREIGN INVESTMENT ..... 6 <input type="checkbox"/>	FOREIGN INVESTMENT ..... 6 <input type="checkbox"/>	FOREIGN INVESTMENT ..... 6 <input type="checkbox"/>	FOREIGN INVESTMENT ..... 6 <input type="checkbox"/>
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NAME AND SERIAL NUMBER	1	2
QUESTION/FILTER		
27. What are the main responsibilities/products of the establishment where you did the above - mentioned work?	<hr/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <span style="margin-left: 10px;">Q31 ←</span> </div>	<hr/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <span style="margin-left: 10px;">Q31 ←</span> </div>
28. During the last 30 days, did you look for any work?	YES .....1 <input type="checkbox"/> NO .....2 <input type="checkbox"/> → Q30	YES .....1 <input type="checkbox"/> NO .....2 <input type="checkbox"/> → Q30
29. During the last 7 days, would you be available for work if you have found a suitable work	YES .....1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO .....2 <input type="checkbox"/>	YES .....1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO .....2 <input type="checkbox"/>
30. IF Q 28 = 2: Why didn't you look for work?  IF Q 29 = 2: Why wasn't you available for work?  L	NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE ..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE ..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
31. CHECK: IF RESPONDENT IS FEMALE BORN FROM 4/1959 TO 3/1994 (FROM 15 TO 49 YEARS OF AGE) → Q 32; OTHERWISE → ASK THE NEXT		
32. Have you ever given birth?	YES .....1 <input type="checkbox"/> NO .....2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←	YES .....1 <input type="checkbox"/> NO .....2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←
33a. How many children to whom you have given birth are currently living with you in this household?	CHILDREN IN THE SAME HOUSEHOLD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CHILDREN IN THE SAME HOUSEHOLD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
33b. How many children to whom you have given birth aren't currently living with you in this household (living elsewhere)?	CHILDREN IN OTHER HOUSEHOLD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CHILDREN IN OTHER HOUSEHOLD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
33c. Have you ever given birth to a boy or a girl who was born alive but later died? IF YES, ASK NUMBER OF DEAD CHILD(REN).	CHILDREN DEAD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CHILDREN DEAD <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
34a. In what solar month and year have you given the last birth?	MONTH <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> YEAR <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MONTH <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> YEAR <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
34b. How many sons and daughters have you given in the last birth?  L	SON(S) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> DAUGHTER(S) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	SON(S) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> DAUGHTER(S) <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>



_____ <b>3</b>	_____ <b>4</b>	_____ <b>5</b>	_____ <b>6</b>
_____ _____ _____ _____ _____ Q31 ← <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____ _____ _____ Q31 ← <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____ _____ _____ Q31 ← <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ _____ _____ _____ _____ Q31 ← <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q30	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q30	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> → Q30	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> → Q30
YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO ..... 2 <input type="checkbox"/>	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO..... 2 <input type="checkbox"/>	YES..... 1 <input type="checkbox"/> → Q31 NO..... 2 <input type="checkbox"/>
NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	NO SUITABLE WORK/ DON'T KNOW WHERE..... 1 <input type="checkbox"/> ILLNESS/PERSONAL MATTER/ WAIT FOR JOB APPLICATION'S RESULT ..... 2 <input type="checkbox"/> BAD WEATHER/ OFF SEASON ..... 3 <input type="checkbox"/> ATTENDING SCHOOL ..... 4 <input type="checkbox"/> HOUSEWORK ..... 5 <input type="checkbox"/> DISABLED ..... 6 <input type="checkbox"/> NOT WILLING TO WORK ..... 7 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 8 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
<b>31. CHECK: IF RESPONDENT IS FEMALE BORN FROM 4/1959 TO 3/1994 (FROM 15 TO 49 YEARS OF AGE) → Q 32; OTHERWISE → ASK THE NEXT</b>			
YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←	YES..... 1 <input type="checkbox"/> NO..... 2 <input type="checkbox"/> THE NEXT ←
CHILDREN IN THE <input type="text"/> <input type="text"/> SAME HOUSEHOLD	CHILDREN IN THE <input type="text"/> <input type="text"/> SAME HOUSEHOLD	CHILDREN IN THE <input type="text"/> <input type="text"/> SAME HOUSEHOLD	CHILDREN IN THE <input type="text"/> <input type="text"/> SAME HOUSEHOLD
CHILDREN IN <input type="text"/> <input type="text"/> OTHER HOUSEHOLD	CHILDREN IN <input type="text"/> <input type="text"/> OTHER HOUSEHOLD	CHILDREN IN <input type="text"/> <input type="text"/> OTHER HOUSEHOLD	CHILDREN IN <input type="text"/> <input type="text"/> OTHER HOUSEHOLD
CHILDREN DEAD <input type="text"/> <input type="text"/>	CHILDREN DEAD <input type="text"/> <input type="text"/>	CHILDREN DEAD <input type="text"/> <input type="text"/>	CHILDREN DEAD <input type="text"/> <input type="text"/>
L MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	J MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SON(S) <input type="text"/> DAUGHTER(S) <input type="text"/>	SON(S) <input type="text"/> DAUGHTER(S) <input type="text"/>	L SON(S) <input type="text"/> DAUGHTER(S) <input type="text"/>	SON(S) <input type="text"/> DAUGHTER(S) <input type="text"/>

**PART 2: MORTALITY INFORMATION**



35. From the 1 <sup>st</sup> of Lunar New Year - Mau Ty (07/02/2008 as solar calendar ) to 0:00am on 1/4/2009, were there any adult or infant deaths in your household?		YES ..... 1 <input type="checkbox"/>	NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → PART 3: HOUSING INFORMATION	
<b>SERIAL NUMBER</b>	<b>QUESTION/FILTER</b>	THE DECEASED <b>1</b>	THE DECEASED <b>2</b>	THE DECEASED <b>3</b>
36. Let me know about the full name of each deceased person?		_____	_____	_____
37. Is [NAME] male or female?		MALE ..... 1 <input type="checkbox"/> FEMALE ..... 2 <input type="checkbox"/>	MALE ..... 1 <input type="checkbox"/> FEMALE ..... 2 <input type="checkbox"/>	MALE ..... 1 <input type="checkbox"/> FEMALE ..... 2 <input type="checkbox"/>
38. In what solar month and year did [NAME] die?		MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR 2008 ..... 1 <input type="checkbox"/> YEAR 2009 ..... 2 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR 2008 ..... 1 <input type="checkbox"/> YEAR 2009 ..... 2 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> <input type="text"/> YEAR 2008 ..... 1 <input type="checkbox"/> YEAR 2009 ..... 2 <input type="checkbox"/>
39. What was solar completed age of [NAME] when he/she died? IF AGE IS LESS THAN 12 MONTHS, WRITE '00' AGE IS ABOVE 95, WRITE '95		SOLAR AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	SOLAR AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	SOLAR AGE <input type="text"/> <input type="text"/>
40. What is the cause of [NAME]'s death?  L		DISEASES ..... 1 <input type="checkbox"/> WORKING ACCIDENT .... 2 <input type="checkbox"/> TRAFFIC ACCIDENT ..... 3 <input type="checkbox"/> OTHER ACCIDENT ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	DISEASES ..... 1 <input type="checkbox"/> WORKING ACCIDENT .... 2 <input type="checkbox"/> TRAFFIC ACCIDENT ..... 3 <input type="checkbox"/> OTHER ACCIDENT ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	DISEASES ..... 1 <input type="checkbox"/> WORKING ACCIDENT .... 2 <input type="checkbox"/> TRAFFIC ACCIDENT ..... 3 <input type="checkbox"/> OTHER ACCIDENT ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
41. CHECK Q 37, 39, 40: IF WOMEN AGED 15-49 WHO DIDN'T DIE OF ACCIDENT → Q 42; OTHERWISE, ASK FOR THE NEXT DECEASED.				
42. Did [NAME] die during pregnancy? IF NOT: Did [NAME] die during childbirth? IF NOT: Did [NAME] die after miscarriage/abortion? IF NOT: Did [NAME] die within 42 days of after childbirth/lost pregnancy?		PREGNANCY ..... 1 <input type="checkbox"/> CHILDBIRTH ..... 2 <input type="checkbox"/> MISCARRIAGE/ ABORTION ..... 3 <input type="checkbox"/> 42 DAYS OF AFTER CHILD-BIRTH/LOST PREGNANCY 4 <input type="checkbox"/> NO ..... 5 <input type="checkbox"/>	PREGNANCY ..... 1 <input type="checkbox"/> CHILDBIRTH ..... 2 <input type="checkbox"/> MISCARRIAGE/ ABORTION ..... 3 <input type="checkbox"/> 42 DAYS OF AFTER CHILD-BIRTH/LOST PREGNANCY 4 <input type="checkbox"/> NO ..... 5 <input type="checkbox"/>	PREGNANCY ..... 1 <input type="checkbox"/> CHILDBIRTH ..... 2 <input type="checkbox"/> MISCARRIAGE/ ABORTION ..... 3 <input type="checkbox"/> 42 DAYS OF AFTER CHILD-BIRTH/LOST PREGNANCY 4 <input type="checkbox"/> NO ..... 5 <input type="checkbox"/>



L

HH N°:.....

SET N°:.....

**PART 3: HOUSING INFORMATION**

┌

QUESTION/FILTER	ANSWER
43. HOUSEHOLD HAS THE DWELLING OR NOT	YES ..... 1 <input type="checkbox"/> NO ..... 2 <input type="checkbox"/> → Q53
44. Is your household sharing the dwelling with others?  IF YES : WRITE SHARED INFORMATION OF THE DWELLING INTO THE REPRESENTATIVE HOUSEHOLD	NO ..... 1 <input type="checkbox"/> YES ..... 2 <input type="checkbox"/> → THIS IS THE REPRESENTATIVE HH ..... 1 <input type="checkbox"/> BE RECORDED WITH OTHER HH .. 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← NAME OF HEAD OF REP. HH Q53 ←
45. Is the dwelling of your household the apartment building or the single detached house? COMBINATION OF OBSERVATION TO RECORD	APARTMENT BUILDING ..... 1 <input type="checkbox"/> SINGLE DETACHED HOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/>
46. How many the following rooms are there in this house/flat: a) dwelling rooms? b) bedrooms, in which?	DWELLING ROOMS <input type="text"/> <input type="text"/> BEDROOMS <input type="text"/> <input type="text"/>
47. How many square meters is the total floor space of the house/ flat?	FLOOR SPACE (m <sup>2</sup> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
48. What is the main construction material of the pier (or the pivot or the load-bearing wall)?  L	CONCRETE ..... 1 <input type="checkbox"/> BRICK/STONE ..... 2 <input type="checkbox"/> STEEL/IRON/DURABLE WOOD ..... 3 <input type="checkbox"/> WOOD OF LOW QUALITY/BAMBOO ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
49. What is the main construction material of the roof?	CONCRETE ..... 1 <input type="checkbox"/> TILE (CEMENT, TERRA-COTTA) ..... 2 <input type="checkbox"/> SLAB (CEMENT, METAL) ..... 3 <input type="checkbox"/> LEAF/STRAW/OIL PAPER ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
50. What is the main construction material of the outer walls?	CONCRETE ..... 1 <input type="checkbox"/> BRICK/STONE ..... 2 <input type="checkbox"/> WOOD/METAL ..... 3 <input type="checkbox"/> CLAY/STRAW ..... 4 <input type="checkbox"/> WATTLE/PLYWOOD ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER _____ 6 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)
51. What year was the dwelling started using?  L	BEFORE 1975 ..... 1 <input type="checkbox"/> FROM 1975 TO 1999 ..... 2 <input type="checkbox"/> FROM 2000 TO NOW ..... 3 <input type="checkbox"/> ┌ 200 <input type="text"/> ← NOT STATED ..... 4 <input type="checkbox"/>

QUESTION/FILTER	ANSWER																																				
52. To whom does this dwelling belong?  <input type="checkbox"/>	HOUSEHOLD OWNED ..... 1 <input type="checkbox"/> RENTED/BORROWED FROM THE STATE ..... 2 <input checked="" type="checkbox"/> RENTED/BORROWED FROM THE PRIVATE SECTOR ..... 3 <input type="checkbox"/> COLLECTIVE ..... 4 <input type="checkbox"/> RELIGIOUS ORGANIZATION ..... 5 <input type="checkbox"/> JOINT STATE AND INDIVIDUAL ..... 6 <input type="checkbox"/> UNCLEAR OWNERSHIP ..... 7 <input type="checkbox"/>																																				
53. What is the main kind of fuel (energy) your household is using for lighting?	ELECTRICITY ..... 1 <input type="checkbox"/> ELECTRIC GENERATOR ..... 2 <input type="checkbox"/> KEROSENE ..... 3 <input type="checkbox"/> GAS ..... 4 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)																																				
54. What is the main kind of fuel (energy) your household is using for cooking?	ELECTRICITY ..... 1 <input type="checkbox"/> PARAFFIN ..... 2 <input type="checkbox"/> GAS ..... 3 <input type="checkbox"/> COAL ..... 4 <input type="checkbox"/> FIREWOOD ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 6 <input type="checkbox"/> (SPECIFY) NO USE ..... 7 <input type="checkbox"/>																																				
55. What is the main source of cooking/drinking water of your household?  <input type="checkbox"/>	INDOORS TAP WATER ..... 1 <input type="checkbox"/> PUBLIC TAP WATER ..... 2 <input type="checkbox"/> DRILLED WELL ..... 3 <input type="checkbox"/> PROTECTED DIG WELL ..... 4 <input type="checkbox"/> UN-PROTECTED DIG WELL ..... 5 <input type="checkbox"/> PROTECTED SLOT WATER ..... 6 <input type="checkbox"/> UNPROTECTED SLOT WATER ..... 7 <input type="checkbox"/> RAIN WATER ..... 8 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 9 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)																																				
56. What kind of toilet facility is your household using most?	INDOOR FLUSH/SEMI FLUSH TOILET ..... 1 <input type="checkbox"/> OUTDOOR FLUSH/SEMI FLUSH TOILET ..... 2 <input type="checkbox"/> OTHER ..... 3 <input type="checkbox"/> NO TOILET ..... 4 <input type="checkbox"/>																																				
57. At present, is your household using any of the following appliances:  <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>YES</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Television?</td> <td>TELEVISION ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Radio/Radio Cassette?</td> <td>RADIO/RADIO CASSETTS ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Telephone?</td> <td>TELEPHONE ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Computer?</td> <td>COMPUTER ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Washing machine?</td> <td>WASHING MACHINE ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Refrigerator?</td> <td>REFRIGERATOR ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Air condition?</td> <td>AIR CONDITION ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Motorcycle or Motorbike?</td> <td>MOTORCYCLE/MOTORBIKE ..... 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			YES	NO	Television?	TELEVISION ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radio/Radio Cassette?	RADIO/RADIO CASSETTS ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telephone?	TELEPHONE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Computer?	COMPUTER ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Washing machine?	WASHING MACHINE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Refrigerator?	REFRIGERATOR ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Air condition?	AIR CONDITION ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorcycle or Motorbike?	MOTORCYCLE/MOTORBIKE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		YES	NO																																		
Television?	TELEVISION ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Radio/Radio Cassette?	RADIO/RADIO CASSETTS ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Telephone?	TELEPHONE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Computer?	COMPUTER ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Washing machine?	WASHING MACHINE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Refrigerator?	REFRIGERATOR ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Air condition?	AIR CONDITION ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Motorcycle or Motorbike?	MOTORCYCLE/MOTORBIKE ..... 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		

THE CENTRAL CENSUS STEERING COMMITTEE

POPULATION AND HOUSING CENSUS QUESTIONNAIRE

TIME : 00.00 A.M. APRIL 01, 2009  
(SHORT FORM)



SAMPLE DIGITS TO FILL INTO BOX            
PLACE "X" INTO THE SMALL BOX TO INDICATE THE RESPECTIVE ANSWER

RESULTS	CERTIFICATION
NUMBER OF USUAL RESIDENTS IN THIS SET OF QUESTIONNAIRE: <input type="text"/> NUMBER OF MALES: <input type="text"/> NUMBER OF FEMALES: <input type="text"/> THIS IS SET <input type="text"/> IN <input type="text"/> SETS OF THE HOUSEHOLD	FULL NAME <input type="text"/> SIGNATURE <input type="text"/> HOUSEHOLD HEAD/ RESPONDENT _____ ENUMERATOR _____ TEAM SUPERVISOR _____

**ALL INFORMATION HEREIN WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL**

IDENTIFICATION	
PROVINCE/CITY: _____ <input type="text"/> DISTRICT/QUARTER/TOWN/PROVINCIAL CITY: _____ <input type="text"/> COMMUNE/WARD/DISTRICT TOWN: _____ <input type="text"/> ENUMERATION AREA (EA) NUMBER: _____ <input type="text"/> NAME OF EA: _____	URBAN/RURAL: ..... <input type="text"/> (URBAN = 1; RURAL = 2) HOUSEHOLD NUMBER: ..... <input type="text"/> FULL NAME OF HOUSEHOLD HEAD: _____ ADDRESS OF THE HOUSEHOLD: _____

PART I: POPULATION INFORMATION

QUESTION/FILTER	NAME AND SERIAL NUMBER	
	SERIAL N° <input type="text" value="1"/>	SERIAL N° <input type="text" value="2"/>
1. FULL NAME OF EACH PERSON USUALLY RESIDING IN THE HOUSEHOLD, STARTING WITH THE HOUSEHOLD HEAD.  APPLICATION OF INTERVIEW PROCESS FOR DETERMINATION OF USUAL RESIDENTS	_____	_____
2. What is [NAME]'s relationship to household head?  L	HOUSEHOLD HEAD .....1 <input type="checkbox"/> SPOUSE.....2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD .....3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD .....4 <input type="checkbox"/> PARENT .....5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE .....6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>
3. Is [NAME] male or female?	MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>
4. In what solar month and year was [NAME] born?	MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>
5. What is [NAME]'s age as of his/her last birthday? (IF AGE IS 95 YEARS OR MORE, WRITE '95')	AGEI <input type="text"/>	AGEI <input type="text"/>
6. To what ethnic group does [NAME] belong?  L	KINH.....1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>

SERIAL N° <input type="text" value="3"/>	SERIAL N° <input type="text" value="4"/>	SERIAL N° <input type="text" value="5"/>	SERIAL N° <input type="text" value="6"/>
_____	_____	_____	_____
SPOUSE.....2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD.....3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD .....4 <input type="checkbox"/> PARENT .....5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE .....6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE.....2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD .....3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD .....4 <input type="checkbox"/> PARENT .....5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE .....6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>	SPOUSE ..... 2 <input type="checkbox"/> NATURAL CHILD ..... 3 <input type="checkbox"/> GRANDCHILD ..... 4 <input type="checkbox"/> PARENT ..... 5 <input type="checkbox"/> OTHER RELATIVE ..... 6 <input type="checkbox"/>
MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>	MALE...1 <input type="checkbox"/> FEMALE..2 <input type="checkbox"/>
MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>	MONTH <input type="text"/> YEAR <input type="text"/> Q6 ← NOT STATED YEAR . 9999 <input type="checkbox"/>
AGEI <input type="text"/>	AGEI <input type="text"/>	AGEI <input type="text"/>	AGEI <input type="text"/>
KINH .....1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>	KINH .....1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> OTHER ETHNIC GROUP 2 <input type="text"/> NAME OF ETHNIC GROUP <input type="text"/>

QUESTION/FILTER	SERIAL N° 1	SERIAL N° 2
7. Does [NAME] follow any faith/religion? IF YES: What is [NAME]'s faith/religion? L	YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>
8. CHECK: IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/2004 (5 YEARS AND OVER) → Q 12; OTHERWISE → ASK THE NEXT		
12. At present, has [NAME] been attending, ever attended or never attended schools?	ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←	ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←
13. What is the highest grade of education/training [NAME] is attending or has attained?  ABBREVIATION: TRADE VOC. SCHOOL - TRADE VOCATIONAL SCHOOL VOC. SCHOOL - VOCATIONAL SCHOOL F	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>
14. What is the highest grade/year of education/training [NAME] is attending or has completed at the above-mentioned grade? (GRADE IS CONVERTED INTO 12-YEAR GENERAL EDUCATION LEVEL)	GRADE/YEAR <input type="text"/>	GRADE/YEAR <input type="text"/>
15. CHECK Q 13: IF Q 13 = 1 → Q 16; OTHERWISE → Q 17		
16. At present, can [NAME] read, write?	YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>

SERIAL N° 3	SERIAL N° 4	SERIAL N° 5	SERIAL N° 6
YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NAME OF RELIGION <input type="text"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>
8. CHECK: IF THE RESPONDENT WAS BORN BEFORE 4/2004 (5 YEARS AND OVER) → Q 12; OTHERWISE → ASK THE NEXT			
ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←	ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←	ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←	ATTENDING.....1 <input type="checkbox"/> EVER ATTENDED.....2 <input type="checkbox"/> NEVER ATTENDED.....3 <input type="checkbox"/> Q16 ←
PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>	PRE-SCHOOL.....00 <input type="checkbox"/> Q16 ← PRIMARY.....01 <input type="checkbox"/> LOWER SECONDARY.....02 <input type="checkbox"/> SHORT TERM TRAINING.....03 <input type="checkbox"/> HIGHER SECONDARY.....04 <input type="checkbox"/> TRADE VOC. SCHOOL.....05 <input type="checkbox"/> VOC. SCHOOL.....06 <input type="checkbox"/> TRADE COLLEGE.....07 <input type="checkbox"/> COLLEGE.....08 <input type="checkbox"/> UNIVERSITY.....09 <input type="checkbox"/> MASTER.....10 <input type="checkbox"/> DOCTOR.....11 <input type="checkbox"/>
GRADE/YEAR <input type="text"/>	GRADE/YEAR <input type="text"/>	GRADE/YEAR <input type="text"/>	GRADE/YEAR <input type="text"/>
15. CHECK Q 13: IF Q 13 = 1 → Q 16; OTHERWISE → Q 17			
YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>	YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/>

### PART 3: HOUSING INFORMATION

43. HOUSEHOLD HAS THE DWELLING OR NOT	44. Is your household sharing the dwelling with others? IF YES: WRITE SHARED INFORMATION OF THE DWELLING INTO THE REPRESENTATIVE HOUSEHOLD	45. Is the dwelling of your household the apartment building or the single detached house?	47. How many square meters is the total floor space of the house/ flat?
YES.....1 <input type="checkbox"/> NO.....2 <input type="checkbox"/> RESULTS ←	NO.....1 <input type="checkbox"/> YES.....2 <input type="checkbox"/> → THIS IS THE REPRESENTATIVE HH.....1 <input type="checkbox"/> BE RECORDED WITH OTHER HH.....2 <input type="checkbox"/> NAME OF HEAD OF REP. HH <input type="text"/> RESULTS ←	COMBINATION OF OBSERVATION TO RECORD APARTMENT BUILDING 1 <input type="checkbox"/> SINGLE DETACHED HOUSE.....2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> FLOOR SPACE (m <sup>2</sup> )

48. What is the main construction material of the pier (or the pivot or the load-bearing wall)?	49. What is the main construction material of the roof?	50. What is the main construction material of the outer walls?	51. What year was the dwelling started using?
CONCRETE.....1 <input type="checkbox"/> BRICK/STONE.....2 <input type="checkbox"/> STEEL/IRON/DURABLE WOOD <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> WOOD OF LOW QUALITY/BAMBOO <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> OTHER.....5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	CONCRETE.....1 <input type="checkbox"/> TILE (CEMENT, TERRA-COTTA) <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> SLAB (CEMENT, METAL).....3 <input type="checkbox"/> LEAF/STRAW/OIL PAPER.....4 <input type="checkbox"/> OTHER.....5 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	CONCRETE.....1 <input type="checkbox"/> BRICK/STONE.....2 <input type="checkbox"/> WOOD/METAL.....3 <input type="checkbox"/> CLAY/STRAW.....4 <input type="checkbox"/> WATTLE/PLYWOOD.....5 <input type="checkbox"/> OTHER.....6 <input type="checkbox"/> (SPECIFY)	BEFORE 1975.....1 <input type="checkbox"/> FROM 1975 TO 1999.....2 <input type="checkbox"/> FROM 2000 TO NOW.....3 <input type="checkbox"/> <b>200</b> <input type="text"/> NOT STATED.....4 <input type="checkbox"/>

BAN CHỈ ĐẠO TỔNG ĐIỀU TRA DÂN SỐ VÀ NHÀ Ở TRUNG ƯƠNG

**PHIẾU ĐIỀU TRA DÂN SỐ VÀ NHÀ Ở**

THỜI ĐIỂM 0 GIỜ NGÀY 01/4/2009



(ĐIỀU TRA MẪU)

THÔNG TIN GHI TRÊN PHIẾU ĐIỀU TRA ĐƯỢC GIỮ KÍN

MẪU CÁC CHỮ SỐ ĐIỀN VÀO Ô TO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

GẠCH "X" VÀO TRONG Ô NHỎ ĐỂ LỰA CHỌN CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP

**ĐỊNH DANH**

TỈNH/THÀNH PHỐ: \_\_\_\_\_

HUYỆN/QUẬN/THỊ XÃ/THÀNH PHỐ THUỘC TỈNH: \_\_\_\_\_

XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN: \_\_\_\_\_

ĐỊA BÀN ĐIỀU TRA SỐ: .....

TÊN ĐỊA BÀN ĐIỀU TRA: \_\_\_\_\_

THÀNH THỊ/NÔNG THÔN (THÀNH THỊ = 1; NÔNG THÔN = 2): .....

HỘ SỐ: .....

HỌ VÀ TÊN CHỦ HỘ: \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ CỦA HỘ: \_\_\_\_\_

**KẾT QUẢ**

SỐ NHÂN KHẨU THỰC TẾ THƯỜNG TRÚ TRONG TẬP PHIẾU NÀY: .....

SỐ NAM: .....

SỐ NỮ: .....

ĐÂY LÀ TẬP PHIẾU SỐ  TRONG  TẬP PHIẾU CỦA HỘ

**KÝ XÁC NHẬN**

	HỌ VÀ TÊN	CHỮ KÝ
NGƯỜI CUNG CẤP THÔNG TIN	_____	_____
ĐIỀU TRA VIÊN	_____	_____
TỔ TRƯỞNG ĐIỀU TRA	_____	_____

**PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ DÂN SỐ**

SỐ THỨ TỰ	SỐ THỨ TỰ <b>1</b>	SỐ THỨ TỰ <b>2</b>
<b>CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA</b>		
1. HỌ VÀ TÊN NHỮNG NGƯỜI THỰC TẾ THƯỜNG TRÚ TẠI HỘ, BẮT ĐẦU TỪ CHỦ HỘ.  SỬ DỤNG QUY TRÌNH PHÒNG VẤN ĐỂ XÁC ĐỊNH NHÂN KHẨU THỰC TẾ THƯỜNG TRÚ	_____	_____
2. [TÊN] có quan hệ thế nào với chủ hộ?	CHỦ HỘ ..... 1 <input type="checkbox"/> VỢ/CHỒNG..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẸ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẸ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>
3. [TÊN] là nam hay nữ?	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>
4. [TÊN] sinh vào tháng, năm dương lịch nào?  L	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C6 ←	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> C6 ←
5. Hiện nay, [TÊN] bao nhiêu tuổi theo dương lịch? (TRÊN 95 TUỔI, GHI '95')	TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>
6. [TÊN] thuộc dân tộc nào?	KINH..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC	KINH..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC
7. [TÊN] có theo đạo, tôn giáo nào không? NẾU CÓ: Đó là đạo, tôn giáo gì?	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN TÔN GIÁO KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN TÔN GIÁO KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>
<b>8. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/2004 (TỪ 5 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 9; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>		
9. Cách đây 5 năm (vào ngày 1/4/2004), [TÊN] thực tế thường trú ở đâu?  L	CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/> XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/> HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN HUYỆN TỈNH/TP KHÁC..... 4 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN TỈNH Ở NƯỚC NGOÀI..... 5 <input type="checkbox"/> C11 ←	CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/> XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/> HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN HUYỆN TỈNH/TP KHÁC..... 4 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> TÊN TỈNH Ở NƯỚC NGOÀI..... 5 <input type="checkbox"/> C11 ←



SỐ THỨ TỰ <input type="text" value="3"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text" value="4"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text" value="5"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text" value="6"/>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>
CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/>	CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/>	CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/>	CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/>
CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/>	CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/>	CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/>	CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/>
BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/>	BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/>	BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/>	BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/>
QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>
NAM... 1 <input type="checkbox"/> NỮ... 2 <input type="checkbox"/>	NAM... 1 <input type="checkbox"/> NỮ... 2 <input type="checkbox"/>	NAM... 1 <input type="checkbox"/> NỮ... 2 <input type="checkbox"/>	NAM... 1 <input type="checkbox"/> NỮ... 2 <input type="checkbox"/>
L THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/>	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/>	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/>	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/>
NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NĂM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C6 ←	C6 ←	C6 ←	C6 ←
KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>
TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/> <input type="text"/>
KINH ..... 1 <input type="checkbox"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/>
DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/>	DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/>	DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/>	DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/>
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
TÊN DÂN TỘC	TÊN DÂN TỘC	TÊN DÂN TỘC	TÊN DÂN TỘC
CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
TÊN TÔN GIÁO	TÊN TÔN GIÁO	TÊN TÔN GIÁO	TÊN TÔN GIÁO
KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>
<b>8. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/2004 (TỪ 5 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 9; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>			
CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÙNG XÃ/PHƯỜNG ..... 1 <input type="checkbox"/>
XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ/PHƯỜNG KHÁC TRONG HUYỆN ..... 2 <input type="checkbox"/>
HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/>	HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/>	HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/>	HUYỆN/QUẬN KHÁC TRONG TỈNH ..... 3 <input type="checkbox"/>
_____ <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"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
TÊN HUYỆN	TÊN HUYỆN	TÊN HUYỆN	TÊN HUYỆN
TỈNH/TP KHÁC ..... 4 <input type="checkbox"/>	TỈNH/TP KHÁC ..... 4 <input type="checkbox"/>	TỈNH/TP KHÁC ..... 4 <input type="checkbox"/>	TỈNH/TP KHÁC ..... 4 <input type="checkbox"/>
_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ <input type="text"/> <input type="text"/>
TÊN TỈNH	TÊN TỈNH	TÊN TỈNH	TÊN TỈNH
Ở NƯỚC NGOÀI ..... 5 <input type="checkbox"/>	Ở NƯỚC NGOÀI ..... 5 <input type="checkbox"/>	Ở NƯỚC NGOÀI ..... 5 <input type="checkbox"/>	Ở NƯỚC NGOÀI ..... 5 <input type="checkbox"/>
L C11 ←	C11 ←	C11 ←	C11 ←

TÊN VÀ SỐ THỨ TỰ	1	2																																								
<b>CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA</b>																																										
10. Nơi thường trú cách đây 5 năm nói trên là phường, thị trấn hay xã?	PHƯỜNG/THỊ TRẤN..... 1 <input type="checkbox"/> XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>	PHƯỜNG/THỊ TRẤN..... 1 <input type="checkbox"/> XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>																																								
11. [TÊN] có khó khăn gì khi [ . . . ] không? NẾU CÓ: Khó khăn ở mức độ nào: khó khăn, rất khó khăn hay không thể? a) Nhìn, ngay cả khi đeo kính? b) Nghe? c) Đi bộ? d) Ghi nhớ, hay tập trung chú ý?	<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																							
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"/>																																							
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																							
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																							
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"/>																																							
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																							
12. Hiện nay [TÊN] đang đi học, đã thôi học hay chưa bao giờ đi học?	ĐANG ĐI HỌC..... 1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC..... 1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/> C16 ←																																								
13. Bậc học cao nhất hiện đang học hoặc đã học của [TÊN] là gì?  CÁC CHỮ VIẾT TẮT : THCS - TRUNG HỌC CƠ SỞ THPT - TRUNG HỌC PHỔ THÔNG CN - CHUYÊN NGHIỆP	MẦM NON .....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC .....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ .....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ .....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN .....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ .....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG .....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC .....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ .....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON .....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC .....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ .....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ .....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN .....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ .....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG .....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC .....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ .....11 <input type="checkbox"/>																																								
14. Lớp/năm học cao nhất mà [TÊN] hiện đang học hoặc đã học xong ở bậc học trên là gì? (GHI LỚP PHỔ THÔNG THEO HỆ 12 NĂM)	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>																																								
<b>15. KIỂM TRA CÂU 13: NẾU CÂU 13 = 1 → CÂU 16; CÒN LẠI → CÂU 17</b>																																										
16. Hiện nay, [TÊN] có biết đọc và biết viết không?	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>																																								
<b>17. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/1994 (TỪ 15 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 18; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>																																										
18. Tình trạng hôn nhân hiện nay của [TÊN] là gì?	CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/> CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> GOÁ ..... 3 <input type="checkbox"/> LY HÔN..... 4 <input type="checkbox"/> LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>	CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/> CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> GOÁ ..... 3 <input type="checkbox"/> LY HÔN..... 4 <input type="checkbox"/> LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>																																								

3	4	5	6																																																																																
PHƯỜNG/THỊ TRẤN ..... 1 <input type="checkbox"/>	PHƯỜNG/THỊ TRẤN ..... 1 <input type="checkbox"/>	PHƯỜNG/THỊ TRẤN ..... 1 <input type="checkbox"/>	PHƯỜNG/THỊ TRẤN ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>	XÃ ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>KHÔNG KHÓ KHĂN</td> <td>KHÓ KHĂN</td> <td>RẤT KHÓ KHĂN</td> <td>KHÔNG THỂ [...]</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]	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"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
KHÔNG KHÓ KHĂN	KHÓ KHĂN	RẤT KHÓ KHĂN	KHÔNG THỂ [...]																																																																																
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"/>																																																																																
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																																
ĐANG ĐI HỌC ..... 1 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 1 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 1 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/>	ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/>	ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/>	ĐÃ THÔI HỌC ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐI HỌC ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																																																
C16 ←	C16 ←	C16 ←	C16 ←																																																																																
MẦM NON ..... 00 <input type="checkbox"/>	MẦM NON ..... 00 <input type="checkbox"/>	MẦM NON ..... 00 <input type="checkbox"/>	MẦM NON ..... 00 <input type="checkbox"/>																																																																																
C16 ←	C16 ←	C16 ←	C16 ←																																																																																
TIỂU HỌC ..... 01 <input type="checkbox"/>	TIỂU HỌC ..... 01 <input type="checkbox"/>	TIỂU HỌC ..... 01 <input type="checkbox"/>	TIỂU HỌC ..... 01 <input type="checkbox"/>																																																																																
THCS ..... 02 <input type="checkbox"/>	THCS ..... 02 <input type="checkbox"/>	THCS ..... 02 <input type="checkbox"/>	THCS ..... 02 <input type="checkbox"/>																																																																																
SƠ CẤP NGHỀ ..... 03 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ ..... 03 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ ..... 03 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ ..... 03 <input type="checkbox"/>																																																																																
THPT ..... 04 <input type="checkbox"/>	THPT ..... 04 <input type="checkbox"/>	THPT ..... 04 <input type="checkbox"/>	THPT ..... 04 <input type="checkbox"/>																																																																																
TRUNG CẤP NGHỀ ..... 05 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ ..... 05 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ ..... 05 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ ..... 05 <input type="checkbox"/>																																																																																
TRUNG CẤP CN ..... 06 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN ..... 06 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN ..... 06 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN ..... 06 <input type="checkbox"/>																																																																																
CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 07 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 07 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 07 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 07 <input type="checkbox"/>																																																																																
CAO ĐẲNG ..... 08 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG ..... 08 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG ..... 08 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG ..... 08 <input type="checkbox"/>																																																																																
ĐẠI HỌC ..... 09 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC ..... 09 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC ..... 09 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC ..... 09 <input type="checkbox"/>																																																																																
THẠC SỸ ..... 10 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ ..... 10 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ ..... 10 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ ..... 10 <input type="checkbox"/>																																																																																
TIẾN SỸ ..... 11 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ ..... 11 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ ..... 11 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ ..... 11 <input type="checkbox"/>																																																																																
LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>																																																																																
<b>15. KIỂM TRA CÂU 13: NẾU CÂU 13 = 1 → CÂU 16; CÒN LẠI → CÂU 17</b>																																																																																			
CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
<b>17. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/1994 (TỪ 15 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 18; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>																																																																																			
CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA VỢ/CHỒNG ..... 1 <input type="checkbox"/>																																																																																
CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/>																																																																																
GOÁ <input type="text"/> ..... 3 <input type="checkbox"/>	GOÁ ..... 3 <input type="checkbox"/>	GOÁ ..... 3 <input type="checkbox"/>	GOÁ <input type="text"/> ..... 3 <input type="checkbox"/>																																																																																
LY HÔN ..... 4 <input type="checkbox"/>	LY HÔN ..... 4 <input type="checkbox"/>	LY HÔN ..... 4 <input type="checkbox"/>	LY HÔN ..... 4 <input type="checkbox"/>																																																																																
LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>	LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>	LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>	LY THÂN ..... 5 <input type="checkbox"/>																																																																																

TÊN VÀ SỐ THỨ TỰ	1	2
<b>CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA</b>		
19. Trình độ chuyên môn kỹ thuật cao nhất mà [TÊN] đã được đào tạo là gì?  CÁC CHỮ VIẾT TẮT : CMKT - CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT CN - CHUYÊN NGHIỆP	CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ ..... 2 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ ..... 3 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN ..... 4 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 5 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG ..... 6 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC ..... 7 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ ..... 8 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ ..... 9 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ ..... 2 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ ..... 3 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN ..... 4 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ ..... 5 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG ..... 6 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC ..... 7 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ ..... 8 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ ..... 9 <input type="checkbox"/>
20. Bây giờ, tôi hỏi về việc làm <b>trong 7 ngày qua</b> : Trong 7 ngày qua, anh/chị có làm một công việc gì để tạo ra thu nhập không?	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT ... 3 <input type="checkbox"/> → C31	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> KHÔNG BIẾT ... 3 <input type="checkbox"/> → C31
21. Tuy không làm việc nhưng anh/chị có được trả lương/trả công không?	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>
22. Anh/chị đã có việc làm và sẽ trở lại làm việc trong 30 ngày tới không?	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C28	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C28
23a. Trong 7 ngày qua, anh/chị đã làm công việc gì là chính và giữ chức vụ gì (NẾU CÓ)? ----- -----	_____ _____	_____ _____
23b. Trong 7 ngày trước khi tạm nghỉ, anh/chị đã làm công việc gì là chính và giữ chức vụ gì (NẾU CÓ)? _____	_____ _____	_____ _____
24. Với công việc trên, anh/chị là lao động gia đình, làm công ăn lương hay giữ vai trò khác? L	LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/> LÀM CÔNG ĂN LƯƠNG . 2 <input type="checkbox"/> KHÁC ..... 3 <input type="checkbox"/>	LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/> LÀM CÔNG ĂN LƯƠNG . 2 <input type="checkbox"/> KHÁC ..... 3 <input type="checkbox"/>
25. Cơ sở nơi anh/chị làm công việc trên là cá nhân, hộ sản xuất kinh doanh cá thể, kinh tế tập thể, tư nhân, nhà nước hay có vốn đầu tư nước ngoài?  CHỮ VIẾT TẮT : SXKD - SẢN XUẤT KINH DOANH (BAO GỒM HỘ NÔNG-LÂM NGHIỆP-THUY SẢN VÀ HỘ PHI NÔNG-LÂM NGHIỆP-THUY SẢN) L	CÁ NHÂN ..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←   HỘ SXKD CÁ THỂ ..... 2 <input type="checkbox"/> C27 ←   TẬP THỂ ..... 3 <input type="checkbox"/> TƯ NHÂN ..... 4 <input type="checkbox"/> NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/> VỐN NƯỚC NGOÀI ..... 6 <input type="checkbox"/>	CÁ NHÂN ..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←   HỘ SXKD CÁ THỂ ..... 2 <input type="checkbox"/>   C27 ←   TẬP THỂ ..... 3 <input type="checkbox"/> TƯ NHÂN ..... 4 <input type="checkbox"/> NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/> VỐN NƯỚC NGOÀI ..... 6 <input type="checkbox"/>
26. Tên cơ quan hoặc đơn vị nơi anh/chị làm công việc trên và cấp trên trực tiếp (NẾU CÓ) là gì?  _____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/>	CHƯA ĐÀO TẠO CMKT.. 1 <input type="checkbox"/>
SƠ CẤP NGHỀ..... 2 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ..... 2 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ..... 2 <input type="checkbox"/>	SƠ CẤP NGHỀ..... 2 <input type="checkbox"/>
TRUNG CẤP NGHỀ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ..... 3 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP NGHỀ..... 3 <input type="checkbox"/>
TRUNG CẤP CN..... 4 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN..... 4 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN..... 4 <input type="checkbox"/>	TRUNG CẤP CN..... 4 <input type="checkbox"/>
CAO ĐẲNG NGHỀ..... 5 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ..... 5 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ..... 5 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG NGHỀ..... 5 <input type="checkbox"/>
CAO ĐẲNG..... 6 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG..... 6 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG..... 6 <input type="checkbox"/>	CAO ĐẲNG..... 6 <input type="checkbox"/>
ĐẠI HỌC..... 7 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC..... 7 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC..... 7 <input type="checkbox"/>	ĐẠI HỌC..... 7 <input type="checkbox"/>
THẠC SỸ..... 8 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ..... 8 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ..... 8 <input type="checkbox"/>	THẠC SỸ..... 8 <input type="checkbox"/>
TIẾN SỸ..... 9 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ..... 9 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ..... 9 <input type="checkbox"/>	TIẾN SỸ..... 9 <input type="checkbox"/>
CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23a
KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>
KHÔNG BIẾT... 3 <input type="checkbox"/> → C31	KHÔNG BIẾT... 3 <input type="checkbox"/> → C31	KHÔNG BIẾT... 3 <input type="checkbox"/> → C31	KHÔNG BIẾT... 3 <input type="checkbox"/> → C31
CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b
KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/>
CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C23b
KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/> → C28	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/> → C28	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/> → C28	KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/> → C28
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	L <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/>	LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/>	LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/>	LAO ĐỘNG GIA ĐÌNH..... 1 <input type="checkbox"/>
LÂM CÔNG ĂN LƯƠNG. 2 <input type="checkbox"/>	LÂM CÔNG ĂN LƯƠNG. 2 <input type="checkbox"/>	LÂM CÔNG ĂN LƯƠNG. 2 <input type="checkbox"/>	LÂM CÔNG ĂN LƯƠNG. 2 <input type="checkbox"/>
KHÁC..... 3 <input type="checkbox"/>	KHÁC..... 3 <input type="checkbox"/>	KHÁC..... 3 <input type="checkbox"/>	KHÁC..... 3 <input type="checkbox"/>
CÁ NHÂN..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←	CÁ NHÂN..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←	CÁ NHÂN..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←	CÁ NHÂN..... 1 <input type="checkbox"/> C31 ←
HỘ SXKD CÁ THỂ..... 2 <input type="checkbox"/> L C27 ←	HỘ SXKD CÁ THỂ..... 2 <input type="checkbox"/> C27 ←	HỘ SXKD CÁ THỂ..... 2 <input type="checkbox"/> C27 ←	HỘ SXKD CÁ THỂ..... 2 <input type="checkbox"/> J C27 ←
TẬP THỂ..... 3 <input type="checkbox"/>	TẬP THỂ..... 3 <input type="checkbox"/>	TẬP THỂ..... 3 <input type="checkbox"/>	TẬP THỂ..... 3 <input type="checkbox"/>
TỰ NHÂN..... 4 <input type="checkbox"/>	TỰ NHÂN..... 4 <input type="checkbox"/>	TỰ NHÂN..... 4 <input type="checkbox"/>	TỰ NHÂN..... 4 <input type="checkbox"/>
NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/>	NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/>	NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/>	NHÀ NƯỚC..... 5 <input type="checkbox"/>
VÓN NƯỚC NGOÀI..... 6 <input type="checkbox"/>	VÓN NƯỚC NGOÀI..... 6 <input type="checkbox"/>	VÓN NƯỚC NGOÀI..... 6 <input type="checkbox"/>	VÓN NƯỚC NGOÀI..... 6 <input type="checkbox"/>
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA	TÊN VÀ SỐ THỨ TỰ	1	2
27. Nhiệm vụ/sản phẩm chính của cơ quan/đơn vị nơi anh/chị làm công việc trên là gì?		_____	_____
		_____	_____
		_____	_____
		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <span style="margin-left: 10px;">C31 ←</span> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <span style="margin-left: 10px;">C31 ←</span> </div>
28. Trong 30 ngày qua, anh/chị có tìm kiếm việc làm không?	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> → C30	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> → C30	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> → C30
29. Trong 7 ngày qua, nếu tìm được việc làm, anh/chị có đi làm ngay không?	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> → C31 KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> → C31 KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> → C31 KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>
30. NẾU CÂU 28 = 2: Tại sao anh/chị không tìm việc?  NẾU CÂU 29 = 2: Tại sao anh/chị không sẵn sàng làm việc?  L	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/> ÔM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC..... 2 <input type="checkbox"/> THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/> ĐANG ĐI HỌC..... 4 <input type="checkbox"/> NỘI TRỢ GỖ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/> MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN ĐI LÀM... 7 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/> ÔM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC..... 2 <input type="checkbox"/> THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/> ĐANG ĐI HỌC..... 4 <input type="checkbox"/> NỘI TRỢ GỖ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/> MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN ĐI LÀM... 7 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/> ÔM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC..... 2 <input type="checkbox"/> THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/> ĐANG ĐI HỌC..... 4 <input type="checkbox"/> NỘI TRỢ GỖ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/> MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/> KHÔNG MUỐN ĐI LÀM... 7 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)
<b>31. KIỂM TRA: NẾU LÀ PHỤ NỮ SINH TỪ 4/1959 ĐẾN 3/1994 (TỪ 15 ĐẾN 49 TUỔI) → CÂU 32; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>			
32. Chị đã sinh con bao giờ chưa?	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←
33a. Số con do chị sinh ra hiện đang sống với chị ở trong hộ này?	SỐ CON CÙNG HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON CÙNG HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON CÙNG HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
33b. Số con do chị sinh ra hiện không sống với chị trong hộ này (ở nơi khác)?	SỐ CON KHÁC HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON KHÁC HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON KHÁC HỘ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
33c. Có người con nào do chị sinh ra nhưng bị chết không? NẾU CÓ, HỎI SỐ CON ĐÃ CHẾT.	SỐ CON ĐÃ CHẾT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON ĐÃ CHẾT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	SỐ CON ĐÃ CHẾT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
34a. Tháng, năm dương lịch của lần sinh gần nhất?	THÁNG <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  NĂM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	┌ THÁNG <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  NĂM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	┌ THÁNG <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  NĂM <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
34b. Số con trai, con gái của lần sinh gần nhất?  L	CON TRAI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  CON GÁI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	CON TRAI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  CON GÁI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	CON TRAI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  CON GÁI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

--	--	--

--

3	4	5	6																
C31 ←	C31 ←	C31 ←	C31 ←																
CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/>																
KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C30	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C30	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C30	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> → C30																
CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C31	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/> → C31	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C31	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/> → C31																
KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/>																
KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/>	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/>	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/>	KHÔNG CÓ VIỆC T.HỢP/ KHÔNG BIẾT TÌM Ở ĐÂU 1 <input type="checkbox"/>																
ÓM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC ..... 2 <input type="checkbox"/>	ÓM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC ..... 2 <input type="checkbox"/>	ÓM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC..... 2 <input type="checkbox"/>	ÓM ĐAU/BẬN VIỆC/ CHỜ VIỆC..... 2 <input type="checkbox"/>																
THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/>	THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/>	THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/>	THỜI TIẾT XẤU/ CHỜ THỜI VỤ ..... 3 <input type="checkbox"/>																
ĐANG ĐI HỌC ..... 4 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 4 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 4 <input type="checkbox"/>	ĐANG ĐI HỌC ..... 4 <input type="checkbox"/>																
NỘI TRỢ GĐ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/>	NỘI TRỢ GĐ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/>	NỘI TRỢ GĐ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/>	NỘI TRỢ GĐ MÌNH..... 5 <input type="checkbox"/>																
MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/>	MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/>	MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/>	MẤT KHẢ NĂNG LĐ..... 6 <input type="checkbox"/>																
KHÔNG MUỐN ĐI LÀM .. 7 <input type="checkbox"/>	KHÔNG MUỐN ĐI LÀM .. 7 <input type="checkbox"/>	KHÔNG MUỐN ĐI LÀM... 7 <input type="checkbox"/>	KHÔNG MUỐN ĐI LÀM... 7 <input type="checkbox"/>																
KHÁC ..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	KHÁC ..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	KHÁC ..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	KHÁC ..... 8 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)																
<b>31. KIỂM TRA: NẾU LÀ PHỤ NỮ SINH TỪ 4/1959 ĐẾN 3/1994 (TỪ 15 ĐẾN 49 TUỔI) → CÂU 32; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>																			
CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/>	CÓ..... 1 <input type="checkbox"/>																
KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←	KHÔNG ..... 2 <input type="checkbox"/> NGƯỜI TIẾP THEO ←																
SỐ CON CÙNG HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON CÙNG HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON CÙNG HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON CÙNG HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
SỐ CON KHÁC HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON KHÁC HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON KHÁC HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON KHÁC HỌ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
SỐ CON ĐÃ CHẾT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON ĐÃ CHẾT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON ĐÃ CHẾT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SỐ CON ĐÃ CHẾT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
L THÁNG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			THÁNG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			THÁNG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			J THÁNG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
NĂM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					NĂM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					NĂM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					NĂM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
CON TRAI <input type="checkbox"/>	CON TRAI <input type="checkbox"/>	CON TRAI <input type="checkbox"/>	CON TRAI <input type="checkbox"/>																
CON GÁI <input type="checkbox"/>	CON GÁI <input type="checkbox"/>	L CON GÁI <input type="checkbox"/>	CON GÁI <input type="checkbox"/>																

**PHẦN 2: THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHẾT**

┌

35. Từ ngày 01 Tết Mậu Tý (vào 7/2/2008 theo dương lịch) đến 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2009, trong hộ ta có ai hay cháu nhỏ nào bị chết không?		CÓ..... 1 <input type="checkbox"/>		
		KHÔNG..... 2 <input type="checkbox"/> → PHẦN 3: THÔNG TIN VỀ NHÀ Ở		
<b>SỐ THỨ TỰ</b>	<b>CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA</b>	<b>NGƯỜI CHẾT THỨ 1</b>	<b>NGƯỜI CHẾT THỨ 2</b>	<b>NGƯỜI CHẾT THỨ 3</b>
	36. Xin ông/bà cho biết tên của (từng) người chết?	_____	_____	_____
	37. [TÊN] là nam hay nữ?	NAM..... 1 <input type="checkbox"/> NỮ..... 2 <input type="checkbox"/>	NAM..... 1 <input type="checkbox"/> NỮ..... 2 <input type="checkbox"/>	NAM..... 1 <input type="checkbox"/> NỮ..... 2 <input type="checkbox"/>
	38. [TÊN] chết vào tháng, năm dương lịch nào?	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/> NĂM 2008..... 1 <input type="checkbox"/> NĂM 2009..... 2 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/> NĂM 2008..... 1 <input type="checkbox"/> NĂM 2009..... 2 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> <input type="text"/> NĂM 2008..... 1 <input type="checkbox"/> NĂM 2009..... 2 <input type="checkbox"/>
	39. Khi chết [TÊN] đã bao nhiêu tuổi theo dương lịch? CHƯA ĐỦ 12 THÁNG, GHI '00' TRÊN 95 TUỔI, GHI '95'	TUỔI DƯƠNG LỊCH <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI DƯƠNG LỊCH <input type="text"/> <input type="text"/>	TUỔI DƯƠNG LỊCH <input type="text"/> <input type="text"/>
	40. [TÊN] chết vì nguyên nhân gì?  L	BỆNH TẬT..... 1 <input type="checkbox"/> TAI NẠN LAO ĐỘNG..... 2 <input type="checkbox"/> TAI NẠN GIAO THÔNG... 3 <input type="checkbox"/> TAI NẠN KHÁC..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	BỆNH TẬT..... 1 <input type="checkbox"/> TAI NẠN LAO ĐỘNG..... 2 <input type="checkbox"/> TAI NẠN GIAO THÔNG... 3 <input type="checkbox"/> TAI NẠN KHÁC..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	BỆNH TẬT..... 1 <input type="checkbox"/> TAI NẠN LAO ĐỘNG..... 2 <input type="checkbox"/> TAI NẠN GIAO THÔNG... 3 <input type="checkbox"/> TAI NẠN KHÁC..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)
<b>41. KIỂM TRA CÂU 37, 39, 40: LÀ NỮ 15-49 TUỔI CHẾT KHÔNG DO TAI NẠN → CÂU 42; CÒN LẠI HỎI NGƯỜI CHẾT TIẾP THEO.</b>				
	42. Có phải [TÊN] chết khi đang mang thai không? NẾU KHÔNG: Có phải chết khi sinh con không? NẾU KHÔNG: Có phải chết sau khi sảy, nạo, hút thai không? NẾU KHÔNG: Có phải chết trong vòng 42 ngày sau khi đẻ hoặc thai hỏng không?	KHI ĐANG MANG THAI... 1 <input type="checkbox"/> KHI SINH CON..... 2 <input type="checkbox"/> SAU SẢY/NAO/HÚT THAI 3 <input type="checkbox"/> 42 NGÀY SAU ĐẼ/ THAI HỎNG..... 4 <input type="checkbox"/> KHÔNG..... 5 <input type="checkbox"/>	KHI ĐANG MANG THAI... 1 <input type="checkbox"/> KHI SINH CON..... 2 <input type="checkbox"/> SAU SẢY/NAO/HÚT THAI 3 <input type="checkbox"/> 42 NGÀY SAU ĐẼ/ THAI HỎNG..... 4 <input type="checkbox"/> KHÔNG..... 5 <input type="checkbox"/>	KHI ĐANG MANG THAI... 1 <input type="checkbox"/> KHI SINH CON..... 2 <input type="checkbox"/> SAU SẢY/NAO/HÚT THAI 3 <input type="checkbox"/> 42 NGÀY SAU ĐẼ/ THAI HỎNG..... 4 <input type="checkbox"/> KHÔNG..... 5 <input type="checkbox"/>

└

└



**PHẦN 3: THÔNG TIN VỀ NHÀ Ở**

J

CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA	CÂU TRẢ LỜI
43. HỘ CÓ HAY KHÔNG CÓ NHÀ Ở	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> → C53
44. Hộ ông/bà có ở chung nhà với hộ khác không?  NẾU CÓ : GHI CHUNG CHO CẢ NGÔI NHÀ/CĂN HỘ VÀO HỘ ĐẠI DIỆN	KHÔNG.. 1 <input type="checkbox"/> CÓ..... 2 <input type="checkbox"/> → ĐÂY LÀ HỘ ĐẠI DIỆN..... 1 <input type="checkbox"/> ĐÃ KHAI CHUNG VỚI HỘ KHÁC..... 2 <input type="checkbox"/> TÊN CHỦ HỘ ĐẠI DIỆN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ← C53 ←
45. Ngôi nhà hộ ông/bà đang ở là nhà chung cư hay nhà riêng lẻ? KẾT HỢP VỚI QUAN SÁT ĐỂ GHI	NHÀ CHUNG CƯ..... 1 <input type="checkbox"/> NHÀ RIÊNG LẺ..... 2 <input type="checkbox"/>
46. Ngôi nhà (căn hộ) này có: a) Máy phòng? b) Trong đó có mấy phòng ngủ?	SỐ PHÒNG <input type="text"/> <input type="text"/> SỐ PHÒNG NGỦ <input type="text"/> <input type="text"/>
47. Tổng diện tích của ngôi nhà (căn hộ) là bao nhiêu mét vuông?	DIỆN TÍCH (m <sup>2</sup> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
48. Vật liệu chính làm cột (hoặc trụ, hoặc tường chịu lực) là gì?  L	BÊ TÔNG CỐT THÉP..... 1 <input type="checkbox"/> XÂY GẠCH/ĐÁ..... 2 <input type="checkbox"/> SẮT/THÉP/GỖ BỀN CHẮC..... 3 <input type="checkbox"/> GỖ TẠP/TRE..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)
49. Vật liệu chính làm mái là gì?	BÊ TÔNG CỐT THÉP..... 1 <input type="checkbox"/> NGÓI (XI MĂNG, ĐẤT NUNG)..... 2 <input type="checkbox"/> TẤM LỢP (XI MĂNG, KIM LOẠI)..... 3 <input type="checkbox"/> LÁ/RƠM RẠ/GIẤY DẦU..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)
50. Vật liệu chính làm tường hoặc bao che là gì?	BÊ TÔNG CỐT THÉP..... 1 <input type="checkbox"/> XÂY GẠCH/ĐÁ..... 2 <input type="checkbox"/> GỖ/KIM LOẠI..... 3 <input type="checkbox"/> ĐẤT VÔI/RƠM..... 4 <input type="checkbox"/> PHIÊN/LIẾP/VÁN ÉP..... 5 <input type="checkbox"/> KHÁC..... 6 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)
51. Ngôi nhà được đưa vào sử dụng năm nào?  L	TRƯỚC 1975..... 1 <input type="checkbox"/> TỪ 1975 ĐẾN 1999..... 2 <input type="checkbox"/> TỪ 2000 ĐẾN NAY..... 3 <input type="checkbox"/> KHÔNG XÁC ĐỊNH..... 4 <input type="checkbox"/> J 200 <input type="text"/> ←

CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA	CÂU TRẢ LỜI																																				
52. Ngôi nhà (căn hộ) này thuộc quyền sở hữu của ai?  Γ	NHÀ RIÊNG CỦA HỌ..... 1 <input type="checkbox"/> NHÀ THUÊ/MƯỢN CỦA NHÀ NƯỚC ..... 2 <input type="checkbox"/> NHÀ THUÊ/MƯỢN CỦA TƯ NHÂN..... 3 <input type="checkbox"/> NHÀ CỦA TẬP THỂ ..... 4 <input type="checkbox"/> NHÀ CỦA TỔ CHỨC TÔN GIÁO ..... 5 <input type="checkbox"/> NHÀ CỦA NHÀ NƯỚC VÀ NHÂN DÂN CÙNG LÀM..... 6 <input type="checkbox"/> CHƯA RÕ QUYỀN SỞ HỮU ..... 7 <input type="checkbox"/>																																				
53. Loại nhiên liệu (năng lượng) chính mà hộ ông/bà dùng để thắp sáng là gì?	ĐIỆN LƯỚI ..... 1 <input type="checkbox"/> ĐIỆN MÁY PHÁT ..... 2 <input type="checkbox"/> DẦU LỬA..... 3 <input type="checkbox"/> KHÍ GA..... 4 <input type="checkbox"/> KHÁC ..... 5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)																																				
54. Loại nhiên liệu (năng lượng) chính mà hộ ông/bà dùng để nấu ăn là gì?	ĐIỆN ..... 1 <input type="checkbox"/> DẦU LỬA..... 2 <input type="checkbox"/> GA..... 3 <input type="checkbox"/> THAN ..... 4 <input type="checkbox"/> CỦI..... 5 <input type="checkbox"/> KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ) KHÔNG DÙNG GÌ..... 7 <input type="checkbox"/>																																				
55. Nguồn nước ăn uống chính của hộ ông/bà là loại nào?  Γ	NƯỚC MÁY VÀO NHÀ ..... 1 <input type="checkbox"/> NƯỚC MÁY CÔNG CỘNG..... 2 <input type="checkbox"/> GIẾNG KHOAN..... 3 <input type="checkbox"/> GIẾNG ĐÀO ĐƯỢC BẢO VỆ..... 4 <input type="checkbox"/> GIẾNG ĐÀO KHÔNG ĐƯỢC BẢO VỆ..... 5 <input type="checkbox"/> NƯỚC KHE ĐƯỢC BẢO VỆ ..... 6 <input type="checkbox"/> NƯỚC KHE KHÔNG ĐƯỢC BẢO VỆ ..... 7 <input type="checkbox"/> NƯỚC MƯA ..... 8 <input type="checkbox"/> KHÁC ..... 9 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)																																				
56. Hộ ông/bà sử dụng loại hố xí nào là chính?	HỐ XÍ TỰ HOẠI/BÁN TỰ HOẠI TRONG NHÀ..... 1 <input type="checkbox"/> HỐ XÍ TỰ HOẠI/BÁN TỰ HOẠI NGOÀI NHÀ..... 2 <input type="checkbox"/> HỐ XÍ KHÁC ..... 3 <input type="checkbox"/> KHÔNG CÓ HỐ XÍ..... 4 <input type="checkbox"/>																																				
57. Hiện nay, hộ ông/bà có sử dụng các loại thiết bị phục vụ sinh hoạt sau đây không:  Ti vi? Đài hoặc radiô/radiô cát-sét? Điện thoại cố định? Máy vi tính? Máy giặt? Tủ lạnh? Điều hoà? Mô tô hoặc xe gắn máy?  L	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>┘</td> <td>CÓ</td> <td>KHÔNG</td> </tr> <tr> <td>TI VI .....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ĐÀI (RADIO/RADIO CASSETTS).....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ĐIỆN THOẠI CỐ ĐỊNH.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MÁY VI TÍNH.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MÁY GIẶT.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TỦ LẠNH.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ĐIỀU HOÀ.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>MÔ TÔ/XE GẮN MÁY.....</td> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		┘	CÓ	KHÔNG	TI VI .....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	ĐÀI (RADIO/RADIO CASSETTS).....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	ĐIỆN THOẠI CỐ ĐỊNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MÁY VI TÍNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MÁY GIẶT.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	TỦ LẠNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	ĐIỀU HOÀ.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MÔ TÔ/XE GẮN MÁY.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	┘	CÓ	KHÔNG																																		
TI VI .....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
ĐÀI (RADIO/RADIO CASSETTS).....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
ĐIỆN THOẠI CỐ ĐỊNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
MÁY VI TÍNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
MÁY GIẶT.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
TỦ LẠNH.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
ĐIỀU HOÀ.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		
MÔ TÔ/XE GẮN MÁY.....	1.	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																		

BAN CHỈ ĐẠO TỔNG ĐIỀU TRA DÂN SỐ VÀ NHÀ Ở TRUNG ƯƠNG

**PHIẾU ĐIỀU TRA DÂN SỐ VÀ NHÀ Ở**

THỜI ĐIỂM 0 GIỜ NGÀY 1/4/2009  
(ĐIỀU TRA TOÀN BỘ)



MẪU CÁC CHỮ SỐ ĐIỀN VÀO Ô TO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

GẠCH "X" VÀO TRONG Ô NHỎ ĐỂ LỰA CHỌN CÂU TRẢ LỜI THÍCH HỢP

KẾT QUẢ	KÝ XÁC NHẬN
SỐ NHÂN KHẨU TTTT TRONG TỜ PHIẾU NÀY: <input type="text"/>	HỌ VÀ TÊN _____ CHỮ KÝ _____
SỐ NAM: <input type="text"/>	NGƯỜI CUNG CẤP THÔNG TIN _____
SỐ NỮ: <input type="text"/>	ĐIỀU TRA VIÊN _____
ĐÂY LÀ TỜ PHIẾU SỐ <input type="text"/> TRONG <input type="text"/> TỜ PHIẾU CỦA HỘ	TỔ TRƯỞNG ĐT _____

THÔNG TIN GHI TRÊN PHIẾU ĐIỀU TRA ĐƯỢC GIỮ KÍN	
ĐỊNH DANH	
TỈNH/THÀNH PHỐ: <input type="text"/>	THÀNH THỊ/NÔNG THÔN: <input type="text"/> <small>(THÀNH THỊ = 1; NÔNG THÔN = 2)</small>
HUYỆN/QUẬN/THỊ XÃ/TP THUỘC TỈNH: <input type="text"/>	HỌ SỐ: <input type="text"/>
XÃ/PHƯỜNG/THỊ TRẤN: <input type="text"/>	HỌ VÀ TÊN CHỦ HỘ: _____
ĐỊA BÀN ĐIỀU TRA SỐ: <input type="text"/>	ĐỊA CHỈ CỦA HỘ: _____
TÊN ĐỊA BÀN ĐIỀU TRA: _____	_____

**PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ DÂN SỐ**

CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA	SỐ THỨ TỰ	
	SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>
1. <b>HỌ VÀ TÊN NHỮNG NGƯỜI THỰC TẾ THƯỜNG TRÚ TẠI HỘ, BẮT ĐẦU TỪ CHỦ HỘ.</b>  <small>SỬ DỤNG QUY TRÌNH PHÒNG VẤN ĐỂ XÁC ĐỊNH NHÂN KHẨU THỰC TẾ THƯỜNG TRÚ</small>	_____	_____
2. <b>[TÊN] có quan hệ thế nào với chủ hộ?</b>  <small>L</small>	CHỦ HỘ ..... 1 <input type="checkbox"/> VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>
3. <b>[TÊN] là nam hay nữ?</b>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>
4. <b>[TÊN] sinh vào tháng, năm dương lịch nào?</b>	THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>
5. <b>Hiện nay, [TÊN] bao nhiêu tuổi theo dương lịch?</b> <small>(TRÊN 95 TUỔI, GHI '95')</small>	TUỔI <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/>
6. <b>[TÊN] thuộc dân tộc nào?</b>  <small>L</small>	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC

SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>	SỐ THỨ TỰ <input type="text"/>
_____	_____	_____	_____
VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>	VỢ/CHỒNG ..... 2 <input type="checkbox"/> CON ĐẼ ..... 3 <input type="checkbox"/> CHÁU NỘI/NGOẠI ..... 4 <input type="checkbox"/> BỐ/MẸ ..... 5 <input type="checkbox"/> QUAN HỆ KHÁC ..... 6 <input type="checkbox"/>
NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>	NAM .... 1 <input type="checkbox"/> NỮ .... 2 <input type="checkbox"/>
THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>	THÁNG <input type="text"/> NĂM <input type="text"/> <small>C6 ←</small> KHÔNG XĐ NĂM ..... 9999 <input type="checkbox"/>
TUỔI <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/>	TUỔI <input type="text"/>
KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC	KINH ..... 1 <input type="checkbox"/> DÂN TỘC KHÁC ..... 2 <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> TÊN DÂN TỘC

CÂU HỎI/CÂU KIỂM TRA	SỐ THỨ TỰ	
	SỐ THỨ TỰ 1	SỐ THỨ TỰ 2
7. [TÊN] có theo đạo, tôn giáo nào không? NẾU CÓ: Đó là đạo, tôn giáo gì? L	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>
<b>8. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/2004 (TỪ 5 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 12; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>		
12. Hiện nay [TÊN] đang đi học, đã thôi học hay chưa bao giờ đi học?	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←
13. Bậc học cao nhất hiện đang học hoặc đã học của [TÊN] là gì?  CÁC CHỮ VIẾT TẮT : THCS - TRUNG HỌC CƠ SỞ THPT - TRUNG HỌC PHỔ THÔNG CN - CHUYÊN NGHIỆP	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>
14. Lớp/năm học cao nhất mà [TÊN] hiện đang học hoặc đã học xong ở bậc học trên là gì? (GHI LỚP PHỔ THÔNG THEO HỆ 12 NĂM)	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>
<b>15. KIỂM TRA CÂU 13: NẾU CÂU 13 = 1 → CÂU 16; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>		
16. Hiện nay, [TÊN] có biết đọc và biết viết không?	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>

**PHẦN 3: THÔNG TIN VỀ NHÀ Ở**

43. HỘ CÓ HAY KHÔNG CÓ NHÀ Ở	44. Hộ ông/bà có ở chung nhà với hộ khác không? NẾU CÓ: GHI CHUNG CHO CẢ NGÔI NHÀ/CÁN HỘ VÀO HỘ KHAI ĐẠI DIỆN	45. Ngôi nhà hộ ông/bà đang ở là nhà chung cư hay nhà riêng lẻ?	47. Tổng diện tích của ngôi nhà (căn hộ) là bao nhiêu mét vuông?
CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/> KẾT QUẢ ←	KHÔNG...1 <input type="checkbox"/> CÓ.....2 <input type="checkbox"/> → ĐÂY LÀ HỘ ĐẠI DIỆN.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ KHAI CHUNG VỚI HỘ KHÁC....2 <input type="checkbox"/> TÊN CHỦ HỘ ĐẠI DIỆN <input type="text"/> KẾT QUẢ ←	KẾT HỢP VỚI QUAN SÁT ĐỂ GHI NHÀ CHUNG CƯ.....1 <input type="checkbox"/> NHÀ RIÊNG LẺ.....2 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> DIỆN TÍCH (m <sup>2</sup> )

SỐ THỨ TỰ 3		SỐ THỨ TỰ 4		SỐ THỨ TỰ 5		SỐ THỨ TỰ 6	
CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> TÊN TÔN GIÁO <input type="text"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>
<b>8. KIỂM TRA: NẾU SINH TRƯỚC THÁNG 4/2004 (TỪ 5 TUỔI TRỞ LÊN) → CÂU 12; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>							
ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←	ĐANG ĐI HỌC.....1 <input type="checkbox"/> ĐÃ THÔI HỌC.....2 <input type="checkbox"/> CHƯA ĐI HỌC.....3 <input type="checkbox"/> C16 ←
MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>	MẦM NON.....00 <input type="checkbox"/> C16 ← TIỂU HỌC.....01 <input type="checkbox"/> THCS.....02 <input type="checkbox"/> SƠ CẤP NGHỀ.....03 <input type="checkbox"/> THPT.....04 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP NGHỀ.....05 <input type="checkbox"/> TRUNG CẤP CN.....06 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG NGHỀ.....07 <input type="checkbox"/> CAO ĐẲNG.....08 <input type="checkbox"/> ĐẠI HỌC.....09 <input type="checkbox"/> THẠC SỸ.....10 <input type="checkbox"/> TIẾN SỸ.....11 <input type="checkbox"/>
LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>	LỚP PHỔ THÔNG / NĂM THỨ <input type="text"/>
<b>15. KIỂM TRA CÂU 13: NẾU CÂU 13 = 1 → CÂU 16; CÒN LẠI → HỎI NGƯỜI TIẾP THEO</b>							
CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>	CÓ.....1 <input type="checkbox"/> KHÔNG.....2 <input type="checkbox"/>

L

J

48. Vật liệu chính làm cột (hoặc trụ, hoặc tường chịu lực) là gì?	49. Vật liệu chính làm mái là gì?	50. Vật liệu chính làm tường hoặc bao che là gì?	51. Ngôi nhà được đưa vào sử dụng năm nào?
BÊ TÔNG CỐT THÉP.....1 <input type="checkbox"/> XÂY GẠCH/ĐÁ.....2 <input type="checkbox"/> SẮT/THÉP/GỖ BỀN CHẮC.....3 <input type="checkbox"/> GỖ TẠP/TRE.....4 <input type="checkbox"/> KHÁC.....5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	BÊ TÔNG CỐT THÉP.....1 <input type="checkbox"/> NGÓI (XI MĂNG/ĐẤT NUNG).....2 <input type="checkbox"/> TẨM LỘP (X.MĂNG, KIM LOẠI).....3 <input type="checkbox"/> LÁ/ROM RA/GIẤY DẦU.....4 <input type="checkbox"/> KHÁC.....5 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	BÊ TÔNG CỐT THÉP.....1 <input type="checkbox"/> XÂY GẠCH/ĐÁ.....2 <input type="checkbox"/> GỖ/KIM LOẠI.....3 <input type="checkbox"/> ĐẤT/VỎI RƠM.....4 <input type="checkbox"/> PHIÊN/LIỆP/VÁN ÉP.....5 <input type="checkbox"/> KHÁC.....6 <input type="checkbox"/> (GHI CỤ THỂ)	TRƯỚC 1975.....1 <input type="checkbox"/> TỪ 1975 ĐẾN 1999.....2 <input type="checkbox"/> TỪ 2000 ĐẾN NAY.....3 <input type="checkbox"/> <b>200</b> <input type="text"/> KHÔNG XÁC ĐỊNH.....4 <input type="checkbox"/>