УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Национального

статистического комитета

Республики Беларусь

27.04.2017 № 19

|  |
| --- |
| **ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ** |

|  |
| --- |
| ВЫБОРОЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВЕ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ |

|  |
| --- |
| КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ГАРАНТИРУЕТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ИНФОРМАЦИИ |

|  |
| --- |
| ВОПРОСНИК ДЛЯ ОСНОВНОГО ИНТЕРВЬЮ на 20\_\_\_\_\_ г. |

|  |
| --- |
| Форма 1-дх (основной) |
| Код формы по ОКУД | 0617401 |

|  |
| --- |
| 1 раз в год |

|  |
| --- |
| Запланированная дата проведения опроса: число  месяц  год 20 |
| Фактическая дата проведения опроса: число  месяц  год 20 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
| ОБЛАСТЬ | КОД СПЕЦИАЛИСТАПО ПРОВЕДЕНИЮ ОБСЛЕДОВАНИЙ | НОМЕР ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА | НОМЕР ЧЛЕНА ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА |

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЕЩЕНИЙ

|  |  |
| --- | --- |
|  | Коды результатов посещений |
| 1. Результат первого посещения…………….. | Опрос завершен 1 |
| 2. Запланированное время второго посещения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в\_\_\_\_ч.\_\_\_\_\_мин. | Опрос перенесен на другой день 2 |
| 3. Результат второго посещения…………….. | Отказ 4 |
| 4. Запланированное время третьего посещения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в\_\_\_\_ч.\_\_\_\_\_мин. | Невозможность участия (по состоянию здоровья) 5 |
| 5. Результат третьего посещения……………. | Никого нет дома 6 |
|  | Квартира, используемая не по назначению 7 |

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ\*

|  |
| --- |
| 1. По данному адресу находится жилое помещение в: многоквартирном жилом доме 1 |
| блокированном или одноквартирном жилом доме 2 |
| общежитии 3 |
| 2. Количество лиц, проживающих по данному адресу  |
| 3. Проживают ли по данному адресу дети в возрасте до 18 лет? Да 1 Нет 2 |
| 4. Проживают ли по данному адресу лица, достигшие общеустановленного пенсионного возраста? Да 1 Нет 2 |

КОММЕНТАРИИ СПЕЦИАЛИСТА ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОБСЛЕДОВАНИЙ

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Заполняется на всех лиц, проживающих в данном жилом помещении.

РАЗДЕЛ I

ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

1.  Жилое помещение, в котором проживает Ваше домашнее хозяйство: 

Является собственностью кого-либо из членов Вашего домашнего хозяйства 1

Ваше домашнее хозяйство арендует у физического лица 2

Ваше домашнее хозяйство арендует у юридического лица 3

Прочее 4

Не знает, отказ от ответа 9

2.  Какова общая площадь данного жилого помещения? 

Квадратных метров 

Не знает, отказ от ответа 999

3. Сколько жилых комнат (из общего их числа) занимает Ваше домашнее хозяйство? ****

Количество жилых комнат 

Не знает, отказ от ответа 99

4.  Имеются ли в данном жилом помещении следующие виды благоустройств? 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Да Нет Не знает, отказ от ответа  |  | Да Нет Не знает,отказ от ответа |
| 1. Водопровод:центральный 1 2 9локальный 1 2 92. Канализация:централизованная 1 2 9локальная 1 2 93. Горячее водоснабжение:централизованное 1 2 9от индивидуальныхводонагревателей 1 2 9 |  | 4. Ванна и (или) душ 1 2 95. Центральное отопление 1 2 96. Отопление от индивидуального котла 1 2 97. Печное отопление 1 2 98. Газ сетевой 1 2 99. Газ сжиженный (баллоны) 1 2 910. Электрическая плита 1 2 9 |

5.  Удовлетворены ли члены Вашего домашнего хозяйства своими жилищными условиями? 

Полностью удовлетворены 1

Скорее удовлетворены 2

И да, и нет 3

Скорее не удовлетворены 4

Совершенно не удовлетворены 5

Не знает, отказ от ответа 9

РАЗДЕЛ II

СОСТАВ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА. ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЛЕНОВ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА

Назовите, пожалуйста, кто является главой Вашего домашнего хозяйства (запишите главу домашнего хозяйства под номером один).

Перечислите, пожалуйста, всех остальных членов домашнего хозяйства (тех, кто проживает по данному адресу и ведет совместное хозяйство) и укажите демографические характеристики всех членов домашнего хозяйства.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Заполнять на членов домашнего хозяйства в возрасте до 18 лет | Заполнять на членов домашнего хозяйства в возрасте 14 лет и старше |
| Индивидуальный код члена домашнего хозяйства | 1. Собственное имя, отчество (если таковое имеется) | 2. Родственные или другие отношения с главой домашнего хозяйства | 3. Дата рождения | 4. Пол | 5. Индивидуальный код матери | 6. Индивидуальный код отца | 7. Семейное положение | 8. Индивидуальный код мужа (жены) | 9. Уровень (ступень) образования |
| год | месяц |
| **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
|  | 1 – муж, жена2 – сын, дочь, зять, невестка3 – отец, мать, свекор, тесть, свекровь, теща 4 – брат, сестра5 – дед, бабка 6 – внук, внучка7 – другая степень родства, свойства8 – не родственник |  |  | 1 – мужчина2 – женщина | Запишите «0» в случае, если мать не является членом домашнего хозяйства | Запишите «0» в случае, если отец не является членом домашнего хозяйства | 1 – состоит в браке2 – никогда не состоял(а) в браке 🡪 93 – разведен(а), разошелся(лась) 🡪 94 – вдовец, вдова 🡪 9 | Запишите «0» в случае, если муж (жена) не является членом домашнего хозяйства | 1 – послевузовское 2 – высшее3 – среднееспециальное4 – профессионально-техническое5 – среднее6 – базовое7 – начальное, не имеет образования |
| 1 |  | x |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

РАЗДЕЛ III

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заполнять на членов домашнего хозяйства в возрасте 16 лет и старше |
| Индивидуальный код члена домашнего хозяйства | 1. Как Вы оцениваете общее состояние своего здоровья? | 2. Какой у Вас вес? (кг) | 3. Какой у Вас рост? (см) | 4. Курите ли Вы?  | 5. В каком возрасте Вы начали курить? | 6. Курите ли Вы ежедневно или от случая к случаю? | 7. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день (в среднем)? | 8. Занимаетесь ли Вы спортом (физкультурой)?  | 9. Где проходят занятия спортом (физкультурой)? | 10. Как часто Вы занимаетесь спортом (физкультурой)? |
| **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| 1 – хорошее2 – удовлетворительное3 – плохое9 – не знает, отказ от ответа |  кг999 – не знает, отказ от ответа |  см999 – не знает, отказ от ответа | 1 – да2 – нет 🡪89 – не знает, отказ от ответа 🡪8 |  лет99 – не знает, отказ от ответа | 1 – ежедневно2 – от случая к случаю 🡪89 – не знает, отказ от ответа 🡪8 |  сигарет99 – не знает, отказ от ответа | 1 – да, в свободное время2 – да, на профессиональнойоснове3 – да, в учреждении 🡪 образования4 – нет9 – не знает, отказ от ответа | следующий член домашнего хозяйства | 1 – посещаю организованные занятия спортом (секции, тренажерные залы и так далее)2 – занимаюсь самостоятельно  |  дней в неделю8 – от случая к случаю9 – не знает, отказ от ответа |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

РАЗДЕЛ IV

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индиви-дуаль- ный код члена домаш- него хозяй- ства | 1. Были ли в течение года случаи, когда Вы нуждались в лекарственных средствах или изделиях медицинского назначения, но не имели возможности их приобрести? | 2. По какой причинелекарственные средства или изделия медицинского назначения оказались для Вас недоступными? | 3. Были ли в течение года случаи, когда Вы нуждались в медицинских услугах, но не имели возможности получить их в государственных организациях здравоохранения? | 4. По какой причине оказались для Вас недоступными медицинские услуги, оказываемые в государственных организациях здравоохранения? | 5. Удовлетворены ли Вы качеством медицинских услуг, предоставленныхв государственных организацияхздравоохранения? | 6. Были ли в течение года случаи, когда Вы нуждались в медицинских услугах, но не имели возможности получить их в негосударственныхорганизациях здравоохранения? | 7. По какой причине оказались для Вас недоступными медицинские услуги, оказываемые в негосударственныхорганизациях здравоохранения? | 8. Удовлетворены ли Вы качеством медицинских услуг, предоставленных в негосударственных организациях здравоохранения? |
| **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** | **** |
| 1 – да2 – нет🡪39 – не знает, отказот ответа🡪3 | 1 – высокая цена2 – не могли найти3 – прочее9 – не знает, отказ от ответа | 1 – да2 – нет, не было случая🡪5 3 – нет, не былонеобходимостив получении услуги🡪69 – не знает, отказ от ответа🡪5 | 1 – высокаястоимость2 – отсутствие специалиста3 – большая очередь4 – отказали в предоставлении услуги5 – прочее9 – не знает, отказ от ответа | 1 – полностьюудовлетворен2 – скорее удовлетворен3 – и да, и нет4 – скорее не удовлетворен5 – совершенно не удовлетворен6 – не посещал данные организации здравоохранения9 – не знает, отказ от ответа | 1 – да2 – нет, не было случая🡪8 3 – нет, не было необходимости в получении услуги🡪 следующий член домашнего хозяйства9 – не знает, отказ от ответа🡪 8 | 1 – высокая стоимость2 – отсутствие специалиста3 – большая очередь4 – отказали в предоставлении услуги5 – прочее9 – не знает, отказ от ответа | 1 – полностью удовлетворен2 – скорее удовлетворен3 – и да, и нет4 – скорее не удовлетворен5 – совершенноне удовлетворен6 – не посещал данные организации здравоохранения9 – не знает, отказ от ответа |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Благодарим Вас за сотрудничество!

Специалист по проведению обследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (инициалы, фамилия)