

INGRESOS (Si P20= 1 a 5 ó P21= 1) <input type="checkbox"/>	INGRESOS (Si P20= 1 a 5 ó P21= 1) <input type="checkbox"/>	INGRESOS (Si P20= 1 a 5 ó P21= 1) <input type="checkbox"/>	INGRESOS (Si P20= 1 a 5 ó P21= 1) <input type="checkbox"/>
03	04	05	06
1. NÚMERO DE OÍO DE LAS PERSONAS			
2. Nombre y apellidos de cada una de las personas			

I. INGRESOS (continuación)

<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 8</p> <p>Ren-gión Código</p> <p>51 \$</p> <p>52 \$</p> <p>53 \$</p> <p>54 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 8</p> <p>Ren-gión Código</p> <p>51 \$</p> <p>52 \$</p> <p>53 \$</p> <p>54 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 8</p> <p>Ren-gión Código</p> <p>51 \$</p> <p>52 \$</p> <p>53 \$</p> <p>54 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pase a 8</p> <p>Ren-gión Código</p> <p>51 \$</p> <p>52 \$</p> <p>53 \$</p> <p>54 \$</p>
<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>61 \$</p> <p>62 \$</p> <p>63 \$</p> <p>64 \$</p> <p>65 \$</p> <p>66 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>61 \$</p> <p>62 \$</p> <p>63 \$</p> <p>64 \$</p> <p>65 \$</p> <p>66 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>61 \$</p> <p>62 \$</p> <p>63 \$</p> <p>64 \$</p> <p>65 \$</p> <p>66 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>61 \$</p> <p>62 \$</p> <p>63 \$</p> <p>64 \$</p> <p>65 \$</p> <p>66 \$</p>
<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>71 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>71 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>71 \$</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>71 \$</p>
<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>
<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>