



A Haushalt

Ihr Zugangsschlüssel:

1. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt (einschließlich Sie selbst)?

 Personen insgesamt

2. Über wie viele fahrtaugliche Fahrzeuge verfügt Ihr Haushalt?

Anzahl:	<input type="text"/>	Fahrrad
<input type="text"/>	Pkw	E-Bike / Pedelec
<input type="text"/>	Mofa / Motorrad / Motorroller	Elektroauto

B Personen

Personen Nummer		Fünftälteste Person 5	Sechstälteste Person 6	Siebälteste Person 7	Achtälteste Person 8
Geburtsjahr		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	(m) männlich (w) weiblich	(m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/>	(m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/>	(m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/>	(m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/>
Berufstätigkeit/ Ausbildung	erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	teilzeit erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zur Zeit arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hausfrau / -mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rentner / -in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Schulausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Hochschulausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kind im Kindergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kleinkind (noch nicht im Kindergarten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führerschein	Besitz Pkw-Führerschein	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Abstellplatz Pkw an Wohnung	Priv. Abstellplatz/Garage	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>	Anzahl: <input type="text"/>
Komfortabler und sicherer Abstellplatz Fahrrad	Wohnung	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	Arbeitsstätte	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
	Schule / Ausbildungsstätte	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Steht Ihnen im Allgemeinen ein Pkw zur Verfügung (auch privat genutzte Geschäfts- oder Dienstwagen)	ja, regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja, gelegentlich / nach Absprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitkarte Bus (ÖPNV)	Jahreskarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monatskarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wochenkarte Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monatskarte Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Semesterticket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jugendfreizeitkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DB Zeitkarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>