

भारत सरकार
सूचना एवं प्रसारण मंत्रालय
(सीआरएस सेल)

सामुदायिक रेडियो सर्वेक्षण प्रश्नावली

प्रत्यर्थी नम्बर

--	--	--	--

भाग क : सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय प्रोफाइल

प्रत्यर्थी का नाम :

पता :

1.लिंग: 1.पुरुष 2. महिला

2. आयु (पूर्ण वर्षों में)

--	--

3. धर्म : 4. जाति :

5. क्या आपके पास फोन है?

1.हां 2.नहीं

यदि हां, तो नम्बर :

6. क्या आपके पास मोबाइल फोन है?

1.हां 2.नहीं

यदि हां, तो नम्बर :

7. क्या आपके मोबाइल फोन में रेडियो है?

1.हां 2.नहीं

8. क्या आपके पास परिवहन व्यवस्था है?

1.कार 2.जीप 3.ट्रैक्टर

4.बैलगाड़ी 5. कोई नहीं

9. प्रत्यर्थी की शिक्षा :

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

1. निरक्षर

2. साक्षर लेकिन कोई औपचारिक शिक्षा नहीं

10.प्रत्यर्थी का व्यवसाय

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

1. किसान

2. दिहाड़ी मजदूर

- 3. 5 वर्षों तक स्कूल शिक्षा (कक्षा 1-5)
- 4. 6-9 वर्षों तक शिक्षा (कक्षा 6-9)
- 5. एसएससी/एचएससी
- 6. अवर स्नातक
- 7. स्नातक/स्नातकोत्तर (सामान्य)
- 8. व्यावसायिक (डॉक्टर, इंजीनियर, एलएलबी, एमबीए)
- 9. तकनीकी (डिप्लोमा/आईटी)
- 10. अन्य (विनिर्दिष्ट करें)

- 3. कुशल कार्मिक
- 4. छोटा व्यापारी (दुकानदार)
- 5. स्व-रोजगार
- 6. सेवा – सरकारी
- 7. सेवा – प्राइवेट
- 8. घरेलू निर्माण
- 9. छात्र
- 10. सेवानिवृत्त
- 11. बेरोजगार
- 12. अन्य

11. क्या प्रत्यर्थी के घर में बिजली है?
□1. हां □2. नहीं

अनुदेश : देखें और लिखें

12. घर का प्रकार
अनुदेश : देखें और एक पर निशान लगाएं

- 1. छोपड़ी
- 2. कच्चा-पक्का
- 3. पक्का
- 4. अपार्टमेंट
- 5. स्वतंत्र घर/बंगला

13. आप अपना पेयजल कहां से प्राप्त करते हैं?

अनुदेश : एक पर निशान लगाएं

- 1. घर में लगे नल से
- 2. सामान्य नल से
- 3. हैंड पम्प/बोर वेल से
- 4. कुंए से
- 5. टंकी/तालाब से
- 6. अन्य: (विनिर्दिष्ट करें):

14. आप किस तरह के रसोई ईंधन का उपयोग करते हैं

अनुदेश: जितने लागू हों उन पर निशान लगाएं

- 1. एलपीजी/गैस
- 2. केरोसीन
- 3. जलाने की लकड़ी

15. आपके पास शौचालय की क्या व्यवस्था है

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

- 1. निजी (आपके स्वयं के घर में)
- 2. सामान्य (अन्य के साथ साझा)
- 3. खुला मैदान

04. गोबर गैस/जैव ईंधन
05. अन्य: विनिर्दिष्ट करें:

16. क्या घर में कोई निःशक्त व्यक्ति है

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

01. हां 02. नहीं

18. वर्तमान में क्या आप किसी स्व-सहायता समूह के सदस्य हैं?

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

01. हां 02. नहीं

यदि हां, तो नाम बताएं:

कार्यकलाप :

क्या समूह की नियमित बैठक होती है?

01. हां 02. नहीं

क्या समूह के पास बैंक खाता है?

01. हां 02. नहीं

20. अपनी आर्थिक स्थिति बताएं

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

01. बीपीएल कार्ड धारी
02. एपीएल कार्ड धारी
03. रेड कार्ड धारी

04. अन्य: विनिर्दिष्ट करें:

17. यदि हां, तो निःशक्तता का स्वरूप बताएं

01. दृष्टि
02. बोलने से संबंधित

19. वर्तमान में क्या आप किसी सामाजिक समूह, संघ इत्यादि के सदस्य हैं?

अनुदेश: केवल एक पर निशान लगाएं

01. हां 02. नहीं

यदि हां, तो नाम बताएं:

21. गृह स्वामी के स्वामित्व वाली परिसम्पत्तियाँ

अनुदेश: जो लागू हो उस पर निशान लगाएं

01. टेप रिकार्डर
02. सीडी प्लेयर
03. दुपहिया वाहन
04. इलेक्ट्रिक मिक्सर/ग्राइंडर/फूड प्रोसेसर
05. एयर कूलर
06. वाशिंग मशीन
07. कार/जीप
08. कम्प्यूटर
09. एयर कंडीशनर

□10. रेफ्रिजरेटर

□11. गीजर

22. अपने समुदाय के सामने पेश आई किन्हीं सर्वाधिक गंभीर समस्याओं के नाम बताएं?

(क्षेत्र और मुद्दा दर्शाएं : अर्थात् स्वास्थ्य, महामारी, पर्यावरण, प्रदूषण, शिक्षा, नदी-नाले, सड़कें, बिजली, पेयजल, साफ-सफाई, सरकारी कार्यक्रमों को प्रदान करने की सेवा इत्यादि)

क्षेत्र	मुद्दा
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

भाग-।

ग्राम प्रोफाइल :

क्षेत्र की जनसंख्या :

जिला :

राज्य :

23. निम्नलिखित में से कौनसा क्षेत्र सर्वेक्षण क्षेत्र में है : कृपया संख्या, प्रकार इत्यादि दर्शाते हुए संक्षिप्त विवरण प्रस्तुत करें

क) आंगनवाडी/प्ले स्कूल :

ख) प्राथमिक स्कूल :

ग) माध्यमिक स्कूल :

घ) कॉलेज :

ड.) स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी/सीएचसी) :

च) अस्पताल :

छ) यूवा क्लब :

ज) खेलकूद क्लब :

झ) पर्यावरण क्लब :

ञ) ग्राम ज्ञान केन्द्र/सामान्य मल्टीमीडिया केन्द्र/सामान्य सेवा केन्द्र :

ण) कृषि विज्ञान केन्द्र :

भाग ख : मीडिया प्रोफाइल

अनुदेश : उचित बॉक्स पर निशान लगाएं

मीडिया स्वामित्व	हां	नहीं
1. क्या आप घर पर समाचार-पत्र प्राप्त करते हैं?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
2. क्या आप घर पर पत्रिका प्राप्त करते हैं?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
3. क्या आपके पास टेलीविजन है?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
4. यदि हां, तो यह रंगीन है अथवा श्याम-श्वेत	<input type="checkbox"/> 1. रंगीन	<input type="checkbox"/> 2. श्याम/श्वेत
5. यदि हां, तो क्या आपके पास केबल अथवा डीटीएच कनेक्शन है?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
6. क्या आपके पास रेडियो है?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
7. यदि हां, तो क्या इसमें एफएम/एमडब्ल्यू/ एसडब्ल्यू बैंड है?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.
8. क्या आपके पास इंटरनेट कनेक्शन है?	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.

24. आप सबसे अधिक कौनसा टीवी चैनल देखते हैं? सबसे अधिक देखे जाने वाले 3 चैनलों के नाम बताएं।

क. समाचार

1. 2. 3.

ख. मनोरंजन

1. 2. 3.

ग. क्षेत्र विनिर्दिष्ट सूचना चैनल और किस चैनल के माध्यम से

1. 2. 3.

25. आप प्रायः कब रेडियो सुनते हैं?

अनुदेश: केवल एक बॉक्स में निशान लगाएं

1. प्रतिदिन

4. एक सप्ताह में एक अथवा दो बार

2. एक सप्ताह में पांच से छः बार

5. एक सप्ताह में एक बार से कम

3. एक सप्ताह में तीन से चार बार

6. नहीं सुनते

26. आप सामान्यतः कब रेडियो सुनते हैं?

अनुदेश: जितने लागू हों उन पर निशान लगाएं

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| □1. 6-8 बजे पूर्वाह्न | □5. 3-5 अपराह्न |
| □2. 8-10 पूर्वाह्न | □6. 5-8 अपराह्न |
| □3. 10-1 अपराह्न | □7. 8-10 अपराह्न |
| □4. 1-3 अपराह्न | □8. 10 बजे अपराह्न के बाद |

27. आप कौन से चैनल को सबसे ज्यादा सुनते हैं? सबसे अधिक सुने जाने वाले 3 चैनलों के नाम बताएं

- | | | | |
|---|----|----|----|
| 1. एफएम वाणिज्य चैनल | 1. | 2. | 3. |
| 2. सामुदायिक रेडियो स्टेशन | 1. | 2. | 3. |
| 3. आकाशवाणी एफएम/एमडब्ल्यू/एसडब्ल्यू समाचार : | 1. | 2. | 3. |

28. आप सामान्यतः किस स्थान पर रेडियो सुनते हैं?

अनुदेश: जितने लागू हों उन पर निशान लगाएं

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| □1. घर पर | □3. यात्रा/समुदाय |
| □2. कार्य स्थल पर | □4. अन्य (विनिर्दिष्ट करें) |

29. आप रेडियो चैनलों पर सबसे ज्यादा किसे सुनना पसंद करेंगे?

अनुदेश: जितने लागू हों उन पर निशान लगाएं, सबसे ज्यादा सुने जाने वाले 5 चैनलों की रैंक/विशेषताएं बताएं

- | | |
|--|--------------------------------|
| □1. प्रस्तुतकर्ता/आरजे/एंकर | □6. नई चीजों के बारे में सूचना |
| □2. बेहतर संगीत | □7. समाचार |
| □3. विचार-विमर्श कार्यक्रम/फोन-इंस | □8. खेलकूद कवरेज |
| □4. अद्यतन सूचना (यातायात, बाजार मूल्य इत्यादि) | □9. अन्य : विनिर्दिष्ट करें : |
| □5. स्थानीय सामुदायिक समस्याओं के बारे में सूचना | |

30. क्या रेडियो चैनल अपने कार्यक्रमों के बारे में आपसे फीडबैक प्राप्त करते हैं?

1. हां 2. नहीं

31. क्या रेडियो कार्यक्रम शिक्षा, आय, रोजगार, स्वास्थ्य इत्यादि के अनुसार आपके जीवन पर प्रभाव डालते हैं?

1. हां 2. नहीं

32. यदि हां, तो कृपया विनिर्दिष्ट करें

33. क्या आपने कभी निम्नलिखित कार्यकलापों में भाग लिया है?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. रेडियो कार्यक्रम | <input type="checkbox"/> 4. गायन |
| <input type="checkbox"/> 2. टीवी कार्यक्रम | <input type="checkbox"/> 5. कवि सम्मेलन |
| <input type="checkbox"/> 3. थियेटर/स्थानीय रामलीला | <input type="checkbox"/> 6. वाद-विवाद प्रतियोगिता |

34. क्या आप सामुदायिक रेडियो कार्यक्रमों में भाग लेना चाहेंगे?

1. हां 2. नहीं

35. आप किस प्रकार के कार्यक्रमों में भाग लेना चाहेंगे?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. संगीत | <input type="checkbox"/> 5. स्वास्थ्य |
| <input type="checkbox"/> 2. थियेटर | <input type="checkbox"/> 6. पर्यावरण |
| <input type="checkbox"/> 3. शिक्षा | <input type="checkbox"/> 7. रेडियो जॉकी (आरजे) |
| <input type="checkbox"/> 4. कृषि और ग्रामीण विकास | <input type="checkbox"/> 8. अन्य (विनिर्दिष्ट करें) |

जांच करने वाले का नाम :

दिनांक :

पर्यवेक्षक का नाम :

दिनांक :