**OMB No.: 0584-XXXX**

**Expiration Date: XX/XX/XXXX**

**Assessment of the Contributions of an Interview to Supplemental Nutrition Assistance Program Eligibility and Benefit Determinations**

*Spanish Version*

May 2012



Declaración de Carga al Público: Una agencia no podrá conducir o auspiciar, y ninguna persona es requerida a responder a una recolección de información si no despliega un válido número de control de OMB. El número de control de OMB para este proyecto es 0584-XXXX. La carga al público del reporte para esta recolección de información se ha calculado en 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para participar en las entrevistas y proporcionar la colección de datos existentes. Envíe comentarios sobre este cálculo de carga o cualquier otro aspecto de esta recolección de información incluyendo sugerencias para reducir esta carga a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Research and Analysis, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA, 22302, ATTN: Rosemarie Downer.

**INTRODUCTION**

**¿Puedo hablar con [fill PRETEST SAMPLE MEMBER NAME]? Mi nombre es [fill INTERVIEWER’S NAME], de Mathematica Policy Research. Estamos llevando a cabo un estudio sobre el programa <INSERT STATE PROGRAM NAME/ IF NOT: de SNAP o Cupones de Alimentos> para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos o USDA. USDA le envió recientemente una carta pidiéndole que pase unos 5 minutos compartiendo con nosotros sus experiencias. Le enviaremos una tarjeta de regalo por $10 después de que usted complete la encuesta, para agradecerle. Los incentivos por participar en esta encuesta no contarán en relación a su elegibilidad de ingresos para beneficios de SNAP.**

**El propósito de este estudio es averiguar acerca de sus experiencias con el programa de Supplemental Nutrition Assistance Program o SNAP de [STATE] (que antes era conocido como el programa de Cupones de Alimentos) y su proceso de solicitud o aplicación. Su participación ayudará a mejorar el proceso de solicitud de SNAP. Información sobre sus experiencias puede ayudar a los formuladores de políticas públicas a mejorar el programa. Se le pedirá compartir sus experiencias con las diferentes etapas del proceso de solicitud de SNAP. Este estudio investigativo ha sido aprobado por nuestro Institutional Review Board – Comité de Revisión Institucional, Public/Private Ventures.**

**El beneficio de participar en esta encuesta es que ayudará a mejorar el proceso de la solicitud para SNAP. Información sobre sus experiencias puede ayudar a los formuladores de políticas públicas a mejorar el programa. Participación en este estudio es voluntaria. Decidir a participar o no participar no afectará a cualquier beneficio que usted puede recibir ahora o en el futuro. Con su participación en esta encuesta usted nos está dando consentimiento para usar la información recolectada hoy en reportes de los resultados de este estudio. Toda información individual es privada, y no será usada en cualquier forma que (lo/la) pueda identificar a usted. El único riesgo mínimo que podría presentarse por participar es una violación de privacidad. Respuestas solamente serán reportadas en grupos más grandes.**

**¿Usted está de acuerdo en participar en la encuesta?**

 **CODE ONE ONLY**

**YES [SIGN & DATE ORAL CONSENT] 1**

**NOT A GOOD TIME, SCHEDULE CALLBACK 2**

**HUNG UP DURING INTRODUCTION 3**

**DOES NOT SPEAK ENGLISH 4**

**WRONG NUMBER 5**

**REFUSED r**

**Antes de que empecemos, ¿tiene usted alguna pregunta?**

**ORAL CONSENT**

**NOTE TO INTERVIEWER: IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, PLEASE SIGN YOUR NAME AND RECORD THE DATE AND TIME PARTICIPANT GAVE ORAL CONSENT:**

**Interviewers Name:**

**Date of oral consent:**

**Time of oral consent:**

**Por favor conteste estas preguntas pensando solamente sobre sus recientes experiencias [solicitando/renovando] sus beneficios de [INSERT STATE PROGRAM NAME] en los últimos meses. No conteste sobre cualquier experiencia previa con [INSERT STATE PROGRAM NAME].**

A1. ¿Usted presentó su solicitud para [INSERT STATE PROGRAM NAME] por computadora o en papel?

 IF COMPUTER: ¿La computadora estaba en la oficina de [INSERT STATE PROGRAM NAME] o en otro lugar?

 IF PAPER: ¿Usted presentó la solicitud en persona o por correo o fax?

 CODE ONE ONLY

ELECTRONICALLY USING A COMPUTER at snap office 1

ELECTRONICALLY USING A COMPUTER not at snap office 2

IN PERSON USING PAPER APPLICATION 3

BY MAIL or fax USING PAPER APPLICATION 4

SOME OTHER WAY (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

A2. Después de que usted presentó su solicitud, ¿tuvo usted una entrevista con un(a) trabajador(a) de casos (caseworker) para revisar su solicitud o para proporcionas más información?

 CODE ONE ONLY

yes 1 GO TO A3

NO 2 GO TO A4

DON’T KNOW d GO TO A4

REFUSED r GO TO A4

A3. ¿Cómo se llevó a cabo esta entrevista?

 CODE ONE ONLY

IN PERSON 1

BY TELEPHONE 2

SOME OTHER WAY (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

RESPONDENTS IN COMPARISON SITES GO TO B1

[IF SAMPLE=COMPARISON, GO TO B1]

ASK A4 IF RESPONDENT WAS FROM A NO INTERVIEW SITE AND HAD NO INTERVIEW. . IF NOT, GO TO A6.

[ASK A4 IF SAMPLE=NO INTERVIEW AND A2=2,d or r; IF NOT, GO TO A6]

A4. ¿Usted recibió alguna información para dejarle saber cómo pedir una entrevista por teléfono o en persona, si usted quería una?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 2

DON’T KNOW d

REFUSED r

A5. ¿Usted fue contactado(a) directamente en algún momento para alguna información que faltaba o era incompleta en su solicitud?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 2

DON’T KNOW d

REFUSED r

GO TO B3

A6. ¿Usted eligió tener una entrevista o fue contactado(a) directamente para más información en su solicitud?

 CODE ONE ONLY

chose interview 1 GO TO A7

CONTACTED DIRECTLY 2 GO TO B1

DON’T KNOW d GO TO B1

REFUSED r GO TO B1

A7. ¿Por qué eligió tener la entrevista?

 CODE ALL THAT APPLY

WANTED TO SPEAK TO A PERSON 1

FOUND INSTRUCTIONS CONFUSING 2

BEST CHANCE TO BE APPROVED 3

OTHER (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

ASK B1 IF APPLICANT HAD INTERVIEW, OTHERWISE GO TO B3

[ASK B1 IF A2=1 AND A6<>2; IF NOT GO TO B3]

B1. ¿Usted tuvo alguna dificultad en fijar la cita para su entrevista?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 0 GO TO B3

DON’T KNOW d GO TO B3

REFUSED r GO TO B3

B2. ¿Cuáles fueron las dificultades?

 CODE ALL THAT APPLY

NO CONVENIENT TIMES 1

HARD TO REACH SOMEBODY 2

DIDN’T UNDERSTAND PROCESS 3

LOCATION DIFFICULT TO GET TO 4

OTHER (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

B3. Durante el proceso de solicitud, ¿tuvo usted alguna dificultad en proporcionar información que se necesitaba sobre su familia y su situación económica (por ejemplo: ingresos, ahorros, empleo)?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 0 GO TO C1

DON’T KNOW d GO TO C1

REFUSED r GO TO C1

B4. ¿Cuáles fueron las dificultades?

 CODE ALL THAT APPLY

LOCATING DOCUMENTS 1

DEADLINE TOO SHORT 2

INSTRUCTIONS WERE CONFUSING 3

DIDN’T UNDERSTAND PROCESS 4

OTHER (SPECIFY) 99

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

NO 0

DON’T KNOW d

REFUSED r

C1. ¿Usted buscó alguna ayuda para completar el proceso de solicitud?

 PROBE: (IF NECESSARY: Tal como ayuda para entender o traducir las instrucciones, llenar la solicitud o conseguir transporte para ir a la oficina de SNAP.)

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 0 GO TO D1

DON’T KNOW d GO TO D1

REFUSED r GO TO D1

C2. ¿Dónde buscó esta ayuda?

 CODE ALL THAT APPLY

SNAP OFFICE STAFF 1

ORGANIZATION IN THE COMMUNITY (e.g., BENEFITS DATA TRUST, LIBRARY, SENIOR CENTER, OUTREACH WORKER OR LEGAL AID REPRESENTATIVE) 2

RELATIVE, FRIEND, OR NEIGHBOR 3

CLERGY 4

WEBSITES/INTERNET……………………………………5

OTHER (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

C3. ¿Esta ayuda hizo que el proceso de solicitud sea más fácil?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 0

DON’T KNOW d

REFUSED r

ASK C4 IF MULTIPLE RESPONSES TO C2

C4. ¿Qué tipo de ayuda fue la más útil?

 PROBE: [READ ALL RESPONSES FROM C2]

 PROGRAMMER: LIST ONLY RESPONSES SELECTED IN C2

 CODE ONE ONLY

SNAP OFFICE STAFF 1

ORGANIZATION IN THE COMMUNITY (e.g., BENEFITS DATA TRUST, LIBRARY, SENIOR CENTER, OUTREACH WORKER OR LEGAL AID REPRESENTATIVE) 2

RELATIVE, FRIEND, OR NEIGHBOR 3

CLERGY 4

WEBSITES/INTERNET……………………………………5

OTHER (SPECIFY) 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

D1. Por favor piense acerca de la siguiente oración:

 Yo sentí que el personal de [INSERT STATE PROGRAM NAME] estaba disponible para ayudarme si yo lo necesitaba.

 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esa oración?

 ¿Muy [de acuerdo/en desacuerdo] o algo [de acuerdo/en desacuerdo]?

 CODE ONE ONLY

STRONGLY AGREE 1

SOMEWHAT AGREE 2

STRONGLY DISAGREE 3

SOMEWHAT DISAGREE 4

DON’T KNOW d

REFUSED r

D2. La siguiente es:

 Desde el comienzo, era muy claro cómo usar mi beneficio de [INSERT STATE PROGRAM NAME].

 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esa oración?

 ¿Muy [de acuerdo/en desacuerdo] o algo [de acuerdo/en desacuerdo]?

 CODE ONE ONLY

STRONGLY AGREE 1

SOMEWHAT AGREE 2

STRONGLY DISAGREE 3

SOMEWHAT DISAGREE 4

DON’T KNOW d

REFUSED r

D3. La siguiente es:

 Yo voy a saber lo que necesito hacer para renovar mi beneficio de [INSERT STATE PROGRAM NAME].

 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo?

 ¿Muy [de acuerdo/en desacuerdo] o algo [de acuerdo/en desacuerdo]?

 CODE ONE ONLY

STRONGLY AGREE 1

SOMEWHAT AGREE 2

STRONGLY DISAGREE 3

SOMEWHAT DISAGREE 4

DON’T KNOW d

REFUSED r

D4. En general, ¿qué tan satisfecho(a) estaba usted con el proceso de solicitud de [INSERT STATE PROGRAM NAME]? ¿Estaba usted satisfecho(a), o insatisfecho(a)?

 ¿Muy [satisfecho(a)/insatisfecho(a)] o algo [satisfecho(a)/insatisfecho(a)]?

 CODE ONE ONLY

STRONGLY SATISFIED 1

SOMEWHAT SATISFIED 2

 STRONGLY DISSATISFIED 3

SOMEWHAT DISSATISFIED 4

DON’T KNOW d

REFUSED r

D5. ¿Estaba usted satisfecho(a) o insatisfecho(a) con la información que usted recibió sobre el programa de [INSERT STATE PROGRAM NAME]?

 ¿Muy [satisfecho(a)/insatisfecho(a)] o algo [satisfecho(a)/insatisfecho(a)]?

 CODE ONE ONLY

STRONGLY SATISFIED 1

SOMEWHAT SATISFIED 2

 STRONGLY DISSATISFIED 3

SOMEWHAT DISSATISFIED 4

DON’T KNOW d

REFUSED r

D6. ¿Información sobre cualquier otro programa de asistencia fue compartida con usted durante su proceso de solicitud de INSERT STATE PROGRAM NAME]?

 CODE ONE ONLY

YES 1

NO 0 GO TO END

DON’T KNOW d GO TO END

REFUSED r GO TO END

D.7 ¿Esta información era acerca de…?

 CODE ONE ONLY

**TANF u otros programas de asistencia en efectivo** 1

**Beneficios médicos (por ejemplo: Medicaid, CHIP)**  2

**Cuidado de Niños (Child Care)**  3

**WIC u otros programas de asistencia de comida, u** 4

**Otros programas en su comunidad?** *(Especifique)* 99

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

DON’T KNOW d

REFUSED r

Esas son todas nuestras preguntas. Muchas gracias por participar en esta encuesta. ¿Tiene alguna pregunta?

Por favor dígame el nombre y la dirección dónde enviar la tarjeta de regalo.

Nombre:

Dirección:

Para sus archivos, junto con la tarjeta de regalo le enviaremos por correo una copia de los términos a los que usted dio su acuerdo al comienzo de la encuesta sobre privacidad y sobre cómo la información será usada. Esto también es conocido como su consentimiento para participar en esta encuesta.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor contacte a Eric Zeidman en el (609) 936-2784.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en un estudio investigativo, por favor contacte a Melissia Billarrial en el 1-800-755-4788, x4482.