

Appendix A3: Spanish WIC Participant Baseline Survey

WIC Peer Counseling Study Participant Survey: BASELINE

OMB Autorización Número: 0584-0548

Fecha de vencimiento: xx/xx/xxxx

Según el Paperwork Reduction Act de 1995, no se permite que una agencia ni realice ni financie, ni se requiere que una persona responda a, una colección de información si no se muestra un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta colección de información es 0584-0584. Se estima que el tiempo requerido para completar esta colección de información es un promedio de 20 minutos por respuesta. Si Ud. tiene algún comentario acerca de la exactitud de los cálculos del tiempo, o sugerencias para mejorar esta forma, favor de contactar: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Research & Analysis, Room 1014, Alexandria, VA 22302.

Hola, mi nombre es [NOMBRE].

Gracias por dedicar tiempo hoy para ayudarnos. Llamo de Abt SRBI en nombre de la División de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Estamos hablando con mujeres que recientemente se inscribieron para recibir los beneficios del programa WIC y que van a tener un bebé pronto. Estamos llamando a estas mujeres para conocer sus planes relacionados con la alimentación de sus bebés. Hace poco tiempo, alguien de la agencia WIC le debe haber dado información sobre este estudio y le debe haber dicho que alguien se comunicaría con usted para que participara en una encuesta.

La encuesta tomará aproximadamente 20 minutos. Sus respuestas podrían ayudarnos a obtener información sobre cómo mejorar el programa WIC para las madres y sus bebés. Todo lo que usted me diga se mantendrá de manera confidencial en la medida en que lo permita la ley. Como agradecimiento, le daremos un giro postal por valor de \$20 cuando terminemos la encuesta. Además, si llama a un número telefónico gratuito en un plazo de 2 semanas después de que nazca su bebé, le enviaremos una tarjeta de regalo por valor de \$5 a [Target].

Su participación en esta entrevista es voluntaria. Si elige no participar, esto no afectará sus beneficios del programa WIC. Si participa, puede negarse a responder cualquier pregunta. Si participa, sus respuestas no cambiarán los beneficios que puede recibir de WIC. Si este es un buen momento para usted y está dispuesta a participar, me gustaría comenzar con las preguntas. En primer lugar, ¿tiene alguna pregunta? ¿Está dispuesta a participar en esta encuesta?

Introduction

[INTERVIEWER: YOU MUST READ CONSENT TO THE RESPONDENT AND OBTAIN VERBAL CONSENT BEFORE BEGINNING.]

A1. Para empezar, ¿cuál es la fecha prevista del nacimiento de su bebé?

Fecha prevista del nacimiento del bebé: ____ / ____ / _____ [GO TO A3]
(mm dd yyyy)

SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO A3]

NO SABE [GO TO A3]

A2. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tiene usted?

Semanas de embarazo: ____ semanas [GO TO A3]

(Meses de embarazo: ____ meses)

SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO A3]

NO SABE [GO TO A3]

A2a. **IF RESPONDENT SAYS “MESES” CONFIRM:** Bien, ¿entonces usted tiene [response from A2] meses de embarazo?

SÍ

NO

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

A3. ¿Cuándo fue la visita más reciente a la oficina local de WIC?

Fecha de la visita más reciente: ____ / ____ / _____
(mm dd aaaa)

SE NEGÓ A CONTESTAR

NO SABE

Section B: Family Members' And Friends' Breastfeeding Experiences & Attitudes

B1. ¿Tiene amigas o familiares con hijos?

- Sí
- NO [GO TO B5]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO B5]
- NO SABE [GO TO B5]

B2. En general, ¿cómo alimentan a sus bebés la mayoría de sus amigas y familiares durante los primeros 3 meses después de dar a luz?

- Sólo con leche materna
- Con leche materna y leche de fórmula
- Sólo con leche de fórmula
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

B3. ¿Algunas de sus amigas o familiares que amamantaron a sus bebés tuvieron problemas para amamantar?

- Sí
- No [GO TO B4]
- Ninguna de mis amigas/familiares amamantó a su bebé [GO TO B4]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO B4]
- NO SABE [GO TO B4]

- B3a. ¿Qué tipos de problemas tuvieron? [**DO NOT READ LIST. CHECK ALL RESPONSES, THEN PROMPT:**] ¿Algún otro problema?
- AMAMANTAR FUE DOLOROSO/INCÓMODO.
 - AMAMANTAR ME DIO VERGÜENZA
 - AMAMANTAR FUE DIFÍCIL DE HACER CORRECTAMENTE.
 - AMAMANTAR FUE INCONVENIENTE/MOLESTO.
 - AMAMANTAR IMPIDIÓ QUE EL PADRE U OTRO FAMILIAR ALIMENTARA AL BEBÉ.
 - AMAMANTAR IMPIDIÓ QUE EL PADRE U OTRO FAMILIAR CREEA VÍNCULOS AFECTIVOS CON EL BEBÉ.
 - AMAMANTAR HIZO QUE FUERA MÁS DIFÍCIL VOLVER AL TRABAJO O A LA ESCUELA.
 - AMAMANTAR SIGNIFICÓ QUE TENÍAN QUE TENER CUIDADO CON LO QUE COMÍAN O BEBÍAN.
 - AMAMANTAR NO FUE SUFICIENTE ALIMENTO PARA EL BEBÉ.
 - AMAMANTAR INTERFIRIÓ EN LA VIDA SEXUAL.
 - OTRO, ESPECIFIQUE
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
- B4. ¿Algunas de sus amigas o familiares que amamantaron a sus bebés dejaron de hacerlo antes de que el bebé tuviera 3 meses de edad?
- SÍ
 - NO [**GO TO B5**]
 - SE NEGÓ A CONTESTAR [**GO TO B5**]
 - NO SABE [**GO TO B5**]

- B4a. ¿Por qué decidieron dejar de amamantar? **[DO NOT READ LIST. CHECK ALL RESPONSES, THEN PROMPT:]** ¿Algún otro motivo?
- AMAMANTAR FUE DOLOROSO/INCÓMODO
 - AMAMANTAR ME DIO VERGÜENZA.
 - AMAMANTAR FUE DIFÍCIL DE HACER CORRECTAMENTE.
 - AMAMANTAR FUE MOLESTO.
 - AMAMANTAR IMPIDIÓ QUE EL PADRE U OTRO FAMILIAR ALIMENTARA AL BEBÉ.
 - AMAMANTAR IMPIDIÓ QUE EL PADRE U OTRO FAMILIAR CREATA VÍNCULOS AFECTIVOS CON EL BEBÉ.
 - AMAMANTAR HIZO QUE FUERA MÁS DIFÍCIL VOLVER AL TRABAJO O A LA ESCUELA.
 - AMAMANTAR SIGNIFICÓ QUE TENÍAN QUE TENER CUIDADO CON LO QUE COMÍAN O BEBÍAN.
 - AMAMANTAR NO FUE SUFICIENTE ALIMENTO PARA EL BEBÉ.
 - AMAMANTAR INTERFIRIÓ EN LA VIDA SEXUAL.
 - OTRO, ESPECIFIQUE
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
- B5. ¿Alguna vez una amiga o familiar la alentó para que amamantara a su bebé?
- SÍ
 - NO
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
- B6. ¿Alguna vez una amiga o familiar le aconsejó que no debía amamantar a su bebé después de dar a luz?
- SÍ
 - NO
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE

B7. Ahora me gustaría que pensara en una amiga o familiar en cuya opinión usted confía más. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que piensa esta amiga o familiar sobre cómo usted debe alimentar a su bebé? [**READ LIST. CHECK ONE ONLY**]

- Sólo con leche materna
- Mayormente con leche materna y algo de leche de fórmula
- Con leche materna y leche de fórmula casi por igual
- Mayormente con leche de fórmula y algo de leche materna
- Sólo con leche de fórmula

B8. Cuando usted era bebé, ¿su madre la amamantó?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

Section C: Breastfeeding Knowledge, Attitudes, and Decisions

INTRO C1. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre causas que podrían influir en la planificación de la alimentación de su bebé.

- C1. ¿Tiene planeado amamantar a su bebé durante los primeros tres meses? Durante este período de tiempo, es posible que planee alimentar a su bebé sólo con leche materna o con un poco de leche materna y un poco de leche de fórmula.
- SÍ
 - NO
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE

C2. Me gustaría saber si está acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases. Dígame si está de acuerdo, en desacuerdo o no sabe.

	De acuerdo	En desacuerdo	Se negó a contestar	No sabe
a. Se debe permitir que un bebé que se alimenta con leche materna lo haga cada vez que le da la gana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los recién nacidos necesitan ser amamantados con frecuencia durante el día y durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los bebés que toman leche materna tienen menos enfermedades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Amamantar aunque sólo sea una semana es mejor que no hacerlo nunca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La lactancia materna da nutrición completa al bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Alimentar al bebé con leche de fórmula interfiere en la capacidad de la madre de fabricar leche materna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Darle el biberón al bebé es más conveniente que amamantarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Amamantar ayuda a una mujer a sentirse más cerca de su bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Amamantar significa que el padre del bebé y otras personas no pueden crear vínculos afectivos con el bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Si usted fuma cigarrillos, no debe amamantar a su bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTRO C3. Ahora me gustaría saber qué tan importante es cada uno de los siguientes puntos en la planificación de la alimentación de su bebé. Para cada uno de los siguientes puntos, por favor dígame qué tan importante es: no importante, un poco importante, importante, muy importante, o no se aplica a la planificación de la alimentación de su bebé:

- C3. ¿Qué tan importante es cada uno de los siguientes puntos en la planificación de la alimentación de su bebé?
- (a) “¿Qué tan importante es la información y el consejo sobre lactancia materna que usted recibe de **sus familiares** en la planificación de la alimentación de su bebé? ¿No importante, un poco importante, importante, muy importante, o no se aplica?
 - (b) “¿Qué tan importante es la información y el consejo sobre lactancia materna que usted recibe de **sus amigas** en la planificación de la alimentación de su bebé? ¿No importante, un poco importante, importante, muy importante, o no se aplica?
 - (c) “¿Qué tan importante es la información y el consejo sobre lactancia materna que usted recibe de **un enfermero, un médico o un proveedor de atención médica** en la planificación de la alimentación de su bebé?
 - (d) “¿Qué tan importante es la información y el consejo sobre lactancia materna que usted recibe de **alguien de WIC** en la planificación de la alimentación de su bebé? ¿
 - (e) ¿Qué tan importante es **el conocimiento que usted tiene** sobre lactancia materna y **las experiencias de otras mujeres** con la lactancia materna para la planificación de la alimentación de su bebé?

¿Qué tan importante es la información y el consejo sobre lactancia materna que usted recibe de [a, b, c, or d, below]. . .	No importante	Un poco importante	Importante	Muy importante	No se aplica	RF	No sabe
a. ¿ Sus familiares en la planificación de la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿ Sus amigas en la planificación de la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿ Un enfermero, un médico o un proveedor de atención médica en la planificación de la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿ Alguien de WIC en la planificación de la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Qué tan importante es el conocimiento que usted tiene sobre lactancia materna y las experiencias de otras mujeres con la lactancia materna para la planificación de la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C4. Ahora le preguntaré sobre algunas cosas que podrían influir en la planificación de la alimentación de su bebé. Para cada opción, dígame cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé: nada, un poco, algo o mucho. **[READ LIST]**.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	RF	No sabe
a. ¿Cuánto influyen en la planificación de la alimentación de su bebé la comodidad de amamantar o la comodidad de darle leche de fórmula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé las dificultades que tiene amamantarlo o darle leche de fórmula? (SI ES NECESARIO: Algunas personas piensan que amamantar tiene menos dificultades y algunas personas piensan que la alimentación con leche de fórmula tiene menos dificultades. ¿Cuánto influye esto en la planificación de la alimentación de su bebé?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé saber lo cerca que se sentirá de él mientras lo amamanta o le da leche de fórmula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé la posibilidad de que la manera que elija para alimentar a su bebé podría ayudarla a perder peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé los beneficios de la leche materna o de la leche de fórmula en la salud de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé la posibilidad que tiene el padre del bebé u otros familiares de crear vínculos afectivos con el bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé saber si se sentiría cómoda amamantando en público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé la facilidad de salir sin su bebé si lo amamanta o le da leche de fórmula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé la facilidad de ir al trabajo o a la escuela si lo amamanta o le da leche de fórmula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé querer saber exactamente cuánto ha comido su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Cuánto influye en la planificación de la alimentación de su bebé la idea de que podría tener que prestar atención a lo que usted come o bebe si está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5. En general, ¿qué tan cómoda se siente en las siguientes situaciones? Para cada situación, ¿se siente muy incómoda, incómoda, cómoda o muy cómoda?

Una mujer amamantando a su bebé en presencia de:	Muy incómoda	Incómoda	Cómoda	Muy cómoda	N/A	RF	No sabe
a. Amigas cercanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hombres y mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Extraños, como en un centro comercial o un restaurante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section D: Employment, Child Care, and Demographics

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su trabajo, planes futuros para el cuidado de su hijo y sobre las personas que viven en su hogar.

D1. ¿Trabaja actualmente?

- SÍ
- NO [GO TO INTRO D8]
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D2. Después que nazca su bebé, ¿planea volver a trabajar?

- SÍ
- NO [GO TO D3]
- SE NEGÓ A CONTESTAR [GO TO D3]
- NO SABE [GO TO D3]

D2a. Si planea volver a trabajar después de que nazca su bebé, ¿también planea dejarlo al cuidado de una persona durante sus horas de trabajo?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D3. En promedio, ¿cuántas horas trabaja a la semana (actualmente)?

- _____ horas a la semana
- SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE

D4. Después de que nazca su bebé, ¿planea trabajar la misma cantidad de horas a la semana que ahora?

- SÍ
- NO
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

- D5. En su opinión, ¿en qué medida su lugar de trabajo respalda la lactancia materna?
- No la respalda en absoluto
 - No la respalda demasiado
 - La respalda en cierta medida
 - La respalda mucho
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
- D6. ¿En su lugar de trabajo hay alguna sala disponible para que las madres amamenten a sus bebés?
- SÍ
 - NO
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE
- D7. ¿En su lugar de trabajo hay algún otro lugar donde las madres puedan amamentar a sus bebés?
¿Qué tipo de lugar?
- Baño de damas
 - Comedor
 - Sala para el personal, sala de reuniones o una oficina desocupada
 - Oficina propia
 - No hay lugares donde las mujeres puedan amamentar
 - OTRO, ESPECIFIQUE
 - SE NEGÓ A CONTESTAR
 - NO SABE

INTRO D8: Ahora voy a hacerle algunas preguntas personales. Esta es la última parte de la encuesta.

- D8. ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar? Es decir, ¿cuántos adultos y niños que están con usted todo el tiempo o la mayor parte del tiempo forman parte de su hogar? Inclúyase usted también en el total.

TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR _____

- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D9. ¿Cuántas personas que viven en su hogar son menores de 18 años? Incluya todas las personas menores de 18 años que están con usted todo el tiempo o la mayor parte del tiempo.

TOTAL DE MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE 18 AÑOS _____

- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D10. ¿Cuál es su estado civil?

- Nunca se casó
- Casada/vive en pareja
- Divorciada
- Separada legalmente
- Viuda
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D11. ¿Cuál fue el grado/nivel más alto de educación que completó?

- No se graduó de la escuela secundaria
- Se graduó de la escuela secundaria o GED
- Estudios universitarios incompletos o grado universitario de 2 años de duración
- Grado universitario de 4 años de duración
- Grado universitario de más de 4 años de duración
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D12. ¿Cuál es su origen étnico? ¿Es usted...?

- Hispana o latina
- Ni hispana ni latina
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D13. Seleccione una o más categorías para describir su raza.

- Indígena norteamericana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawai u otras Islas del Pacífico
- Blanca
- OTRA, ESPECIFIQUE
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D14. ¿Dónde nació usted?

- En uno de los 50 estados de Estados Unidos o el Distrito de Columbia
- En uno de los territorios de Estados Unidos (INDAGUE: Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de EE. UU., Islas Marianas o Islas Salomón)
- En otro país (ESPECIFIQUE)
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D15. ¿Cuándo nació usted?

____ / ____ / _____
(mm dd aaaa)

- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D16. Indique el ingreso total de su hogar.

- Menos de \$ 10,000
- Entre \$10,001 y \$15,000
- Entre \$15,001 y \$20,000
- Entre \$20,001 y \$25,000
- Entre \$25,001 y \$30,000
- Entre \$30,001 y \$35,000
- Entre \$35,001 y \$40,000
- Más de \$40,000
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

D17. ¿Recibe alguno de los siguientes beneficios? [**READ LIST. CHECK ALL THAT APPLY**]

- Beneficios SNAP (Antes, “Estampillas de comida,” o “Food Stamps”)
- TANF (*Asistencia Temporal Para Familias con Necesidad* o ayuda financiera)
- Medicaid
- Asistencia social, o “welfare”
- SE NEGÓ A CONTESTAR
- NO SABE

Gracias.

Como dije antes, en agradecimiento a su participación le daremos un giro postal por valor de \$20. Para que podamos enviárselo por correo, necesito que me diga su nombre y dirección correctos.

Nombre de la participante _____

Dirección _____

Número de apartamento o edificio, etc. _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

También queremos ofrecerle una tarjeta de regalo adicional por valor de \$5 a [**Target**] si llama a nuestro número de teléfono gratuito después de que nazca su bebé y nos comunica la fecha de nacimiento del bebé. Si llama a nuestro número de teléfono gratuito en un plazo de 2 semanas después de que nazca su bebé, le enviaremos esta tarjeta de regalo por valor de \$5. El número de teléfono gratuito es (.

Como parte del control habitual de la calidad del trabajo que estoy realizando, mi supervisor posiblemente se comunique con usted por teléfono. Quisiera verificar si el número por el que estoy hablando ahora es el número correcto para que la llamemos. El número que tengo es

: _____

¿Es correcto?

- SÍ
- NO [**IF NO, ENTER IN CORRECT NUMBER BELOW**]

CORRECT NUMBER _____

Gracias. Le enviaremos su giro postal a la dirección que nos dio. Gracias nuevamente por su tiempo y su participación.