Appendix A-6b: CATI Survey of SNAP and Work--Spanish

*MONTH, DAY, YEAR (Insert date after OMB clearance)*

|  |
| --- |
| **Introduction** |

**NEED TO ADD CONACT INFO.**

**ONCE ON PHONE WITH R:**

**Usted ha sido seleccionado para participar en la *Encuesta de SNAP y el trabajo.*** **Westat está haciendo este estudio en nombre del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos.** **En la encuesta se harán preguntas sobre usted y sus trabajos recientes.** **Los resultados se usarán para servir mejor a las personas que reciben beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria, también conocido como SNAP o como [STATE SNAP] en su estado.**

**Contestar la encuesta únicamente tomará unos 30 minutos.** **Como incentivo, y para cubrir cualquier costo que le genere su participación, le enviaremos 40 dólares en efectivo.**

**La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria. Recuerde que sus respuestas se mantendrán en privado excepto cuando lo exija la ley, y no se compartirán con el encargado de elegibilidad de SNAP ni con personas ajenas a la realización del estudio.** **Ni su nombre ni otra información que lo pueda identificar se usará en ningún informe.** **La información que usted nos dé se combinará con la información de los demás participantes en el estudio.** **Se puede saltar cualquier pregunta que prefiera no contestar.** **Si decide no participar, no recibirá ninguna sanción ni sus beneficios se verán afectados. Según se describe en el sistema de notificación de registros (SORN, por sus siglas en inglés) titulado *FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports* (publicado en el registro federal el 25 de abril de 1991, volumen 56, páginas 19078-19080), el FNS y sus contratistas que trabajen en nombre del FNS pueden recolectar y analizar esta información con fines de estudios de investigación y se les exige que tengan medidas de protección para mantener los datos en privado.**

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Westat en el 1‑XXX‑XXX‑XXXX o en xxxxxx**[**@xxxx.com**](mailto:survey@techhire.com)**.**

**¿Está listo para comenzar?**

|  |
| --- |
| **Section A: Demographic Characteristics** |

Para comenzar le voy a hacer algunas preguntas generales acerca de usted.

1. **¿Cuál es el mes y año de su nacimiento?**

Month

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

4-digit Year

1. **¿Cuál es su sexo?**

* Masculino
* Femenino
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **ETHNICITY: ¿Es usted hispano o latino?**

* SÍ. Hispano o latino
* NO. Ni hispano ni latino
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **RACE: ¿De qué raza es usted?** **Puede decir una o más razas.** **En esta encuesta el origen hispano no se considera una raza.** **¿Es usted de raza india americana o nativa de Alaska;** **asiática; negra o africana americana; nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico o blanca?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| ASIAN | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| BLACK OR AFRICAN AMERICAN | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| WHITE | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

1. **¿Es usted casado, viudo, divorciado, separado o nunca se ha casado?**

* CASADO
* VIUDO
* DIVORCIADO
* SEPARADO
* NUNCA SE HA CASADO
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Alguna vez ha estado en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?**

* YES
* NO [SKIP TO A8]
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Actualmente está en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Cuál es el grado o nivel más alto de escuela que ha completado o cuál es el título más alto que ha recibido?**

* 12 GRADO O MENOS, PERO NO SE GRADUÓ
* EQUIVALENTE AL DIPLOMA DE SECUNDARIA O HIGH SCHOOL, COMO EL GED
* SE GRADUÓ DE SECUNDARIA O HIGH SCHOOL
* ALGO DE UNIVERSIDAD, PERO NO SE GRADUÓ
* TÍTULO DE ASOCIADO EN UNA UNIVERSIDAD EN UN PROGRAMA OCUPACIONAL O VOCACIONAL (POR EJEMPLO, ASOCIADO EN CIENCIAS APLICADAS COMO CONTABILIDAD, ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, ENFERMERÍA, DISEÑO DE PÁGINAS WEB O ESTUDIOS PARALEGALES)
* TÍTULO DE ASOCIADO EN UNA UNIVERSIDAD EN UN PROGRAMA ACADÉMICO (POR EJEMPLO, ASOCIADO EN ARTES O ASOCIADO EN CIENCIA)
* LICENCIATURA (POR EJEMPLO, BA, AB, BS)
* MAESTRÍA (POR EJEMPLO, MA, MS, MBA); TÍTULO DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS (POR EJEMPLO, MD, DDS, JD); O DOCTORADO (POR EJEMPLO, PHD, EDD)
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **Actualmente, ¿tiene un certificado profesional o una licencia activa del estado o de una industria?** **No incluya licencias comerciales, como una licencia de licores o de ventas.** **Un certificado o licencia profesional demuestra que usted tiene las cualificaciones para realizar un trabajo específico.** **[READ IF NEEDED: Ejemplos incluyen una licencia de bienes raíces, un certificado de asistente médico, una licencia de maestros o un certificado de informático.**

* YES
* NO ➔ [SKIP T0 A11]
* DON’T KNOW➔ [SKIP T0 A11]
* REFUSED➔ [SKIP T0 A11]

1. **¿Qué tipo de certificado o licencia es?** **Si tiene más de dos, por favor, dígame cuál obtuvo más recientemente.**

* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Habla otro idioma aparte de inglés en su hogar?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO SECTION B]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO SECTION B]
* REFUSED ➔ [SKIP TO SECTION B]

1. **¿Qué idioma?**

* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Qué tan bien habla inglés?** **¿Diría usted...?**

* Muy bien
* Bien
* Regular o
* Nada
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section B: Employment** |

**Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de todos los trabajos que ha tenido desde [Sample month – 6]. Primero, le preguntaremos acerca de su trabajo actual o del más reciente.** **Después, le preguntaremos acerca de otros trabajos que haya tenido desde [Sample month – 6].**

1. **¿Alguna vez ha trabajado por paga desde [Sample month - 6]? Por favor, incluya trabajos a medio tiempo, trabajitos ocasionales, trabajos por cuenta propia, trabajos que haya hecho como contratista independiente o cualquier otro trabajo que haya hecho por paga desde [Sample month - 6].**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO B2]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO B2]
* REFUSED ➔ [SKIP TO B2]

**[if B1=yes]**

B1a. **¿Cuántos trabajos por separado en total ha tenido desde [Sample month -6]?** **Si no está seguro de cuántos trabajos ha tenido, dígamelo.**

**[IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jobs [SKIP TO B3]

* DON’T KNOW [SKIP TO B1b]
* REFUSED

**[if B1a=DK]**

**B1b. ¿Aproximadamente cuántos trabajos fueron?** **¿Aproximadamente cuántos trabajos ha tenido desde [Sample month - 6]?**

* 1 o 2 trabajos
* 3 o 4 trabajos
* 5 a 7 trabajos
* 8 a 10 trabajos
* Más de 10 trabajos
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[SKIP TO B3]**

1. **¿Alguna vez ha trabajado por paga en algún momento *antes* de [Sample month - 6]?**

* YES
* NO [SKIP TO B30]
* DON’T KNOW [SKIP TO B30]
* REFUSED [SKIP TO B30]

**B2a.** **¿Cuándo fue la última vez que trabajó por paga?** **Si no está seguro, dígamelo.**

**[IF R INDICATES NOT SURE/DK FOR YEAR, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]**

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**[If B2a MMYYYY is given, SKIP TO B30; if B2aMONTH is DK and B2YEAR is DK, ASK B2b]**

**B2b. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que trabajó?** **¿La última vez que trabajó fue...?**

* Hace 1 o 2 años
* Hace más de 2 años, pero menos de 5 años
* Hace más de 5 años
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[SKIP to B30]**

1. **Actualmente, ¿está trabajando por paga?**

* YES
* NO➔ [SKIP TO B7]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO B7]
* REFUSED➔ [SKIP TO B7]

1. **Ahora hablemos de la SEMANA PASADA. LA SEMANA PASADA, ¿tenía más de un trabajo, incluyendo un trabajo a medio tiempo, en las noches o en los fines de semana?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO B7]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO B7]
* REFUSED ➔ [SKIP TO B7]

1. **En total, ¿cuántos trabajos tenía la semana pasada?**

* 2 trabajos,
* 3 trabajos o
* 4 o más trabajos
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **¿Cuántas horas a la semana trabaja usted NORMALMENTE en todos sus trabajos combinados, o varían las horas cada semana?**

Hours per week

* Las horas varían cada semana
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[If B6=Hours vary each week, ask B6a]**

**B6a. Contando todos sus trabajos, ¿aproximadamente cuántas horas diría usted que trabajó normalmente en una semana durante el mes pasado?** **¿Diría usted...?**

* + - 1 a 14 horas a la semana,
    - 15 a 29 horas a la semana,
    - 30 a 34 horas a la semana,
    - 35 a 40 horas a la semana o
    - Más de 40 horas a la semana
    - DON’T KNOW
    - REFUSED

1. **Las siguientes preguntas son acerca de [su trabajo actual/el trabajo en el que pasó la mayor cantidad de tiempo la semana pasada/el trabajo que tuvo más recientemente]. ¿Qué tipo de trabajo [hace/hizo], es decir cuál [es/fue] su ocupación? Por ejemplo; plomero, mecanógrafo, agricultor.**
   * + DON’T KNOW
     + REFUSED
2. **¿Cuál [es/era] el nombre de su empleador? ¿O trabaja por cuenta propia?**

Name of employer

* + - Trabaja por cuenta propia
    - DON’T KNOW
    - REFUSED

1. **¿Qué tipo de negocio o industria [es/era]? ¿Qué [hace/hizo] usted o que le [pide/pidió] su empleador que haga?** 
   * + DON’T KNOW
     + REFUSED
2. ¿En qué mes y año comenzó a trabajar en este empleo?

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**[if B3=No, not currently working, ask B11; if B3=Yes, SKIP TO B12]**

1. ¿En qué mes y año dejó de trabajar en este empleo? Si no está seguro cuándo, dígamelo.

[IF R INDICATES NOT SURE/DK IN YEAR, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**[if B11=DK, ask B11a; otherwise, SKIP TO B11b]**

**B11a Aproximadamente, ¿cuándo dejó de trabajar en este empleo?** **¿Fue...?**

* El mes pasado,
* Hace 1 a 2 meses,
* Hace 3 a 5 meses o
* Hace más de 5 meses
* DON’T KNOW
* REFUSED

**B11b ¿Por qué dejó de trabajar?** **Le voy a leer una lista de las posibles razones por las que haya dejado de trabajar.** **Dígame cuál de las siguientes es la razón PRINCIPAL por la que dejó de trabajar.**

* Se terminó el trabajo o la fábrica cerró
* Final de un trabajo temporal o estacional
* Lo despidieron
* Embarazo o nacimiento de un niño
* Otra razón relacionada con la familia
* Problemas de salud
* Renunció para buscar otro trabajo
* Regresó a estudiar o para dedicar más tiempo a los estudios
* Se mudó
* Problemas de transporte
* Otra razón. Especifique
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ¿Cuántas horas a la semana (trabaja/trabajaba) normalmente en este trabajo? Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Hours per Week

* DON’T KNOW
* REFUSED

**[if B12= DK, ask B13; otherwise, SKIP TO instruction before B14]**

1. **Aproximadamente, ¿cuántas horas (trabaja/trabajaba) en este empleo en una semana típica?**

* 1 – 14 horas,
* 15 – 29 horas,
* 30 – 34 horas,
* 35 – 40 horas o
* Más de 40 horas
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[if B12 < 35 or B13= (1, 2, 3), ask B14; otherwise, SKIP TO B16]**

1. **¿(Quiere/Quería) trabajar una semana completa de 35 horas o más?**
   * + YES
     + NO [SKIP TO B16]
     + DON’T KNOW [SKIP TO B16]
     + REFUSED [SKIP TO B16]
2. **Algunas personas trabajan medio tiempo porque no pueden encontrar trabajo de tiempo completo o porque el trabajo no anda bien.** **Otras trabajan medio tiempo debido a obligaciones familiares o a otras razones personales.** **Le voy a leer una lista de razones por las que las personas posiblemente trabajan medio tiempo.** **Por favor dígame la razón PRINCIPAL por la que trabaja medio tiempo en este trabajo.**
   * + Le redujeron el horario
     + Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
     + Trabajo temporal o estacional
     + Problemas con el cuidado infantil
     + Otras obligaciones personal o familiares
     + Limitaciones médicas o de salud
     + Estudios/Capacitaciones
     + Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
     + ¿Otra razón? IF ANOTHER REASON: ¿Cuál es la razón principal por la que trabaja medio tiempo?
     + DON’T KNOW
     + REFUSED

**B15a. ¿Había otra razón importante por la que trabaja medio tiempo? ¿Qué razón era?**

**[IF R INDICATES NO OTHER REASON, SELECT “THERE WAS NO OTHER REASON”]**

* + - Le redujeron el horario
    - Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
    - Trabajo temporal o estacional
    - Problemas con el cuidado infantil
    - Otras obligaciones personal o familiares
    - Limitaciones médicas o de salud
    - Estudios/Capacitaciones
    - Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
    - ¿Otra razón? IF ANOTHER REASON: ¿Cuál es la otra razón por la que trabaja medio tiempo?
    - THERE WAS NO OTHER REASON
    - DON’T KNOW
    - REFUSED

1. **Normalmente, ¿cómo (llega/llegaba) a este trabajo?** **Si normalmente (usa/usaba) más de un medio de transporte durante el viaje, dígame el medio que usó la mayor parte de la distancia.**
   * + Manejando un vehículo personal propio o de su familia, como un automóvil, camioneta o motocicleta,
     + Viajando con un amigo, familiar o compañero de trabajo,
     + Viajando en transporte público como autobús, tranvía, metro, ferry o tren,
     + Taxi,
     + Bicicleta,
     + Caminando,
     + Trabajó desde su casa o
     + ¿Usó otro método?
     + DON’T KNOW
     + REFUSED
2. Normalmente, ¿cuánto tiempo le (toma/tomaba) llegar al trabajo? Cuente solamente el tiempo de ida.

Minutes

* + - DON’T KNOW
    - REFUSED

1. ¿Cuánto (gana/ganaba) usted (en/cuando dejó) este trabajo y cada cuánto le pagan? Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra. Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Amount

* HOURLY
* WEEKLY
* EVERY TWO WEEKS
* MONTHLY
* YEARLY
* OTHER SPECIFY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO B18C]
* REFUSED

**[If amount is given in B18, ask B18a; if B18=Don’t Know, SKIP TO B18c]**

**B18a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?**

* + - BEFORE TAXES AND OTHER DEDUCTIONS➔ [SKIP TO B19]
    - AFTER TAXES AND OTHER DEDUCTIONS
    - DON’T KNOW➔ [SKIP TO B19]
    - REFUSED➔ [SKIP TO B19]

**[If B18a=After taxes and deductions, ask B18b; otherwise, skip to B19]**

**B18b.** **¿Cuánto era antes de impuestos y otras deducciones?** **[CONFIRM THAT THEY ARE ANSWERING IN SAME UNIT AS B18]**

Amount

* HOURLY
* WEEKLY
* EVERY TWO WEEKS
* MONTHLY
* YEARLY
* OTHER SPECIFY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[SKIP TO B19]**

**[If B18=Don’t Know, ask B18c]**

**B18c.** **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?**

* + - Menos de $100 a la semana
    - $100 a $250 a la semana
    - $251 a $500 a la semana
    - $501 a $750 a la semana
    - Más de $750 a la semana
    - DON’T KNOW
    - REFUSED

1. **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario en este trabajo?** **¿Diría usted...?**
   * + Horario habitual durante el día, es decir, trabaja en algún momento entre 6 de la mañana y 6 de la tarde con un horario igual o similar todas las semanas
     + Horario habitual durante la noche, es decir, trabaja en algún momento entre 6 de la tarde y 6 de la mañana con un horario igual o similar todas las semanas
     + Horario rotativo, es decir, cambia regularmente de días a tardes a noches
     + Horario dividido, es decir, tiene dos periodos distintos cada día u
     + Horario irregular, es decir, cambia cada día o cada semana
     + DON’T KNOW
     + REFUSED
2. **¿Cómo describiría este trabajo?** **Por favor, conteste sí o no para cada afirmación.** **¿Es...?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. Un trabajo normal permanente | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. Trabajo por cuenta propia/trabajo que hace para un negocio propio | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. Trabajo por temporada o estacional, es decir lo contrataron solamente por unas semanas o meses | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. Trabajo para una agencia de empleos | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| e. Un trabajito ocasional, es decir lo contrataron solamente por unas horas o días y no anticipaba que fuera a ser por más tiempo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| f. Trabaja como contratista independiente o como trabajador independiente | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| g. Trabajo que hace para un amigo o familiar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| h. ¿Algo más que no se haya incluido? IF YES: Por favor, describa. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
|  |  |  |  |  |

1. **¿(Tiene/Tenía) alguno de los siguientes beneficios disponibles para usted en este trabajo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. Licencia por enfermedad con pago completo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. Vacaciones con pago | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. Feriados con pago, tal como Navidad y Año Nuevo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. Beneficios dentales | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| e. Un plan de salud o seguro médico | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| f. Un plan de jubilación o 401K | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| g. Reembolso de matrículas | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**[IF B21E=YES, ask B22; otherwise, SKIP TO B23]**

1. **¿(Está/Estaba) inscrito en el plan de seguro médico en este trabajo?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ¿Ha trabajado en otro empleo por paga desde [Sample Month - 6]?

* YES
* NO ➔ [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]
* REFUSED ➔ [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]

**[if B23= Yes]**

**Cuénteme acerca del trabajo que usted tuvo antes del que acaba de describir.**

1. **¿Cuál es el nombre de su empleador en este trabajo?** **¿O trabaja por cuenta propia?**

Name of employer

* Trabaja por cuenta propia
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ¿En qué mes y año comenzó a trabajar en este empleo?

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

1. ¿En qué mes y año dejó de trabajar en este empleo, o todavía está trabajando aquí?

Month

4 Digit Year

* STLL WORKING THERE

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

1. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted normalmente en este empleo? Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Cuántas horas a la semana

* DON’T KNOW
* REFUSED

**[if B27= Don’t know****, ask B28; otherwise, SKIP TO B29]**

1. **Aproximadamente, ¿cuántas horas trabajaba en este empleo en una semana típica?**

* 1 – 14 horas,
* 15 – 29 horas,
* 30 – 34 horas,
* 35 – 40 horas o
* Más de 40 horas
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ¿Cuánto ganaba cuando dejó este trabajo? Puede contestar por hora, semana, quincena, mes o año. Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra. Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Amount

* HOURLY
* WEEKLY
* EVERY TWO WEEKS
* MONTHLY
* YEARLY
* DON’T REMEMBER ➔ [SKIP TO B29c]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO B29c]
* REFUSED➔ [SKIP TO B29c]

**[If amount is given in B29, ask B29a; if B29=Don’t Know, SKIP TO B29c]**

**B29a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?**

* + - BEFORE TAXES AND OTHER DEDUCTIONS➔ [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]
    - AFTER TAXES AND OTHER DEDUCTIONS ➔ [ASK B29B]
    - DON’T KNOW➔ [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]
    - REFUSED ➔ [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]

**[If B29a=After taxes and deductions, ask B29b**

**B29b.** **¿Cuánto era *antes* de impuestos y otras deducciones?** **[CONFIRM THEY ARE ANSWERING IN SAME UNIT AS B29]**

Amount

* HOURLY
* WEEKLY
* EVERY TWO WEEKS
* MONTHLY
* YEARLY
* OTHER SPECIFY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]**

**[If B29a=Don’t Know, ask B29c]**

**B29c ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?**

* + - Menos de $100 a la semana,
    - $100 a $250 a la semana,
    - $251 a $500 a la semana,
    - $501 a $750 a la semana
    - Más de $750 a la semana
    - DON’T REMEMBER
    - REFUSED

**[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]**

**[If B1=No or B3=No then ask B30; otherwise SKIP TO SECTION C]**

1. **¿Cuál es la razón principal por la que no está trabajando actualmente?** **¿Es debido a…?**
   * + Un embarazo o el nacimiento reciente de un niño
     + Que está enfermo o tiene una discapacidad
     + Que está jubilado
     + Que está cuidando del hogar o de la familia
     + Que va a ir a la escuela o a un programa de capacitación laboral
     + Que no pudo encontrar trabajo
     + Otra razón  
       [IF R INDICATES SOME OTHER REASON, ASK]: ¿Qué otra razón? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DON’T KNOW
  + - REFUSED

1. **Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado buscando trabajo ACTIVAMENTE?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO C1]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO C1]
* REFUSED ➔ [SKIP TO C1]

1. **LA SEMANA PASADA, ¿pudo haber comenzado un trabajo si se lo hubieran ofrecido?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **Actualmente, ¿recibe alguna compensación estatal o federal por desempleo?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section C. Education, Training and Employment Services** |

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de la educación, la capacitación y los servicios de empleo que haya recibido en los últimos 12 meses; es decir desde **[mmddyyyy**].

**C1. Primero, quisiéramos saber si usted asistió a algún programa de educación (escuela secundaria o high school, educación básica para adultos o universidad) o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy].** **¿Ha estado matriculado en una escuela o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy]?**

* YES
* NO [SKIP TO C13]
* DON’T KNOW [SKIP TO C3]
* REFUSED [SKIP TO C3]

**C2. ¿En cuántos programas de educación o de capacitación ha participado desde [mmddyyyy]?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ number of programs**

**C3. *Actualmente*, ¿está matriculado en un programa de educación o capacitación?**

* YES
* NO [SKIP TO C13]
* DON’T KNOW [SKIP TO C13]
* REFUSED [SKIP TO C13]

**[If C3=yes] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación al que asiste actualmente.**

**[If C3=no and C2 > 1] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación que asistió más recientemente.**

**[If C3=no and C2 = 1] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación que asistió desde [mmddyyyy].**

**C4. ¿Dónde (participa/participó) en esa educación o capacitación?** **¿(Fue/Es) en...?**

* Una escuela secundaria o High school
* Una universidad comunitaria con programas de 2 años
* Una universidad con programas de 4 años
* Una escuela vocacional, técnica o de negocios
* Una compañía privada que ofrece capacitación (puede incluir a su empleador)
* Un programa de capacitación de aprendizaje (afiliado con un sindicato)
* Una agencia comunitaria
* **Otro lugar [IF ENDORSED] ¿Dónde (participa/participó) en ese programa de educación o capacitación?**  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW
* REFUSED

**C5. ¿En qué mes y año comenzó su educación o capacitación?**

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**[ASK IF C3=NO]**

**C6. ¿En qué mes y año dejó de asistir a su educación o capacitación?**

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**[SKIP to C8]**

**[ASK IF C3=YES]**

**C7. ¿En qué mes y año anticipa dejar de asistir a su educación o capacitación?**

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**C8. ¿Cuántas horas a la semana [asiste/asistió] a esta educación o programa de capacitación?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hours per week**

* DON’T KNOW
* REFUSED

**C9. [Recibe/recibía] capacitación en alguna especialidad u ocupación, o (toma/tomaba) un programa de educación general?**

* Educación general [SKIP TO C11]
* En alguna especialidad u ocupación
* DON’T KNOW [SKIP TO C11]
* REFUSED [SKIP TO C11]

**C10. ¿Para qué tipo de trabajo [recibe/recibía] capacitación? Por ejemplo, educación, salud o mercadeo.** **[READ CHOICES IF NECESSARY]**

* AGRICULTURA Y RECURSOS NATURALES
* ADMINISTRACIÓN Y APOYO DE EMPRESAS (COMO ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS, CONTABILIDAD Y SECRETARIADO)
* COMUNICACIÓN Y DISEÑO
* CIENCIAS INFORMÁTICAS Y DE COMPUTACIÓN (COMO PROGRAMACIÓN, PROCESAMIENTO DE DATOS, REDES INFORMÁTICAS)
* SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN
* SERVICIOS PERSONALES O AL CONSUMIDOR (COMO SERVICIOS CULINARIOS, COSMETOLOGÍA Y ESTUDIOS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO)
* EDUCACIÓN
* INGENIERÍA Y CIENCIAS TECNOLÓGICAS
* SALUD (COMO APOYO DENTAL, ASISTENTE MÉDICO, TERAPIA FÍSICA, ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO MÉDICO)
* MERCADEO
* MANUFACTURA
* MECÁNICA Y REPARACIÓN
* SERVICIOS DE PROTECCIÓN (INCLUYENDO JUSTICIA PENAL Y OTROS SERVICIOS DE PROTECCIÓN)
* TRANSPORTE Y TRASLADO DE MERCANCÍAS
* OTRO  
  ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW

**[ASK IF C3=NO]**

**C11. ¿Completó esa educación o capacitación?**

* YES
* NO [SKIP TO C13]
* DON’T KNOW
* REFUSED

**[ASK IF C3=NO]**

**C12. ¿Recibió un título, un certificado o una licencia por haber completado ese programa?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

**C13. ¿En los últimos 12 meses ha recibido alguno de los siguientes tipos de servicios de empleo?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. **Orientación laboral** incluyendo exámenes para ver para qué trabajos está usted capacitado, información acerca de educación o programas de capacitación, información acerca de cómo cambiar de carrera o información acerca de qué trabajos están disponibles en su área local. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. **Ayuda con búsqueda de empleo** incluye la ayuda con búsqueda de empleo, referencias a empleos o empleados u ofrecer información del mercado laboral. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. **Capacitación de empleo** incluye completar la solicitud de empleo, preparar un CV o ir a una entrevista. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. Servicios comunitarios o **programa de trabajo**/voluntariado para personas desempleadas? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**[If at least one YES is checked in C13, ask C14; otherwise SKIP TO SECTION D]**

**C14. ¿Quién proporcionó los servicios de empleo más recientes que usted recibió?** **¿Fue...?**

* Oficina de American Job Center (o de Employment Services)
* Oficina de seguro estatal de desempleo
* Otra agencia del gobierno
* Una agencia comunitaria
* Su empleador
* Una escuela o universidad
* Una agencia de empleos
* Otro lugar  
  [IF SOMEWHERE ELSE] ¿Quién proporcionó los servicios de empleo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section D. Barriers to Employment** |

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de factores que son considerados como barreras u obstáculos por las personas para conseguir un trabajo. Recuerde que sus respuestas se protegerán y mantendrán en privado.

1. **¿Tiene un problema físico, emocional o de salud que limite la cantidad o el tipo de trabajo que puede hacer?**

* YES
* NO [SKIP TO D3]
* DON’T KNOW [SKIP TO D3]
* REFUSED [SKIP TO D3

**D2. ¿Qué tipo de problemas de salud que limiten su trabajo tiene?** **¿Tiene...?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| Una discapacidad, una lesión o enfermedad física | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Un problema de salud mental o emocional | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Una discapacidad de aprendizaje | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Algún otro problema de salud que limite su trabajo  IF YES: ¿Qué problema de salud? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

**D3. ¿Alguna vez lo han declarado o se ha declarado culpable de un delito?**

* YES
* NO [SKIP TO D7]
* DON’T KNOW [SKIP TO D7]
* REFUSED [SKIP TO D7]

**D4. ¿En qué mes y año fue su última condena por un delito?**

**Month**

**4-digit Year**

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

**D5. ¿Alguna vez ha estado en prisión?**

* YES
* NO [SKIP TO D7]
* DON’T KNOW [SKIP TO D7]
* REFUSED [SKIP TO D7]

**D6. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo que salió de prisión?** **Si estuvo en prisión más de una vez, ¿cuándo fue la vez más reciente que salió de prisión?** **¿Fue...?**

* Hace menos de 1 año,
* Hace 2 a 5 años o
* Hace más de 5 años
* DON’T KNOW
* REFUSED

**D7. Para cada afirmación, dígame por favor, cuánto afecta esto su obtención de empleo diciéndome un número de 1 a 5, donde 1 significa que no es una barrera para conseguir trabajo y 5 significa que es una barrera grande para conseguir trabajo.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es barrera**  **1** | **2** | **3** | **4** | **Barrera grande**  **5** | **DON’T KNOW** | **REFUSED** |
| 1. No contar con un título de secundaria o High school | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 2. Problema de salud limitante (enfermedad/lesión) | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 3. Falta de conocimientos o habilidades laborales adecuadas para un trabajo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 4. Falta de experiencia laboral | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 5. Falta de transporte | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 6. Falta de cuidado infantil | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 7. Discriminación racial | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 8. Falta de información acerca de trabajos | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 9. Falta de una vivienda estable | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 10. Adicción al alcohol o a las drogas | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 11. Violencia doméstica | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 12. Discapacidades físicas | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 13. Enfermedad mental | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 14. Miedo al rechazo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 15. Falta de ropa para el trabajo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 16. No hay trabajos en la comunidad | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 17. No hay trabajos que se ajustan a sus habilidades o capacitación | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 18. Ser padre o madre soltero | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 19. Ser el responsable del cuidado de niños pequeños u otra persona en su hogar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 20. No puede hablar inglés muy bien | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 21. No puede ni leer ni escribir muy bien | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 22. Problemas para llegar al trabajo a tiempo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 23. Falta de confianza en sí mismo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 24. Falta de sistema de apoyo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 25. Falta de habilidades para lidiar con problemas diarios | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 26. Manejo de la ira | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| 27. Antecedentes penales | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

|  |
| --- |
| **Sección E: Participación en SNAP** |

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de su uso del Programa de asistencia nutricional suplementaria o SNAP, conocido anteriormente como Estampillas de comida o como [State Name for SNAP] en su estado.

1. **Actualmente, ¿recibe algún beneficio de SNAP?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO E3]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO E3]
* REFUSED ➔ [SKIP TO E3]

1. **¿Recibió SNAP CONTINUAMENTE, cada mes desde [Sample Month]?**

* YES ➔ [SKIP TO E7]
* NO ➔ [SKIP TO E6]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO E6]
* REFUSED [SKIP TO E6]

1. **Desde [Sample Month], ¿ha recibido beneficios de SNAP?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO SECTION F]
* DON’T KNOW➔ [SKIP SECTION F]
* REFUSED ➔ [SKIP TO SECTION F]

1. **¿En qué mes y año recibió beneficios de SNAP la última vez?**

Month

4 Digit Year

**[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]**

1. **¿Por qué dejó de recibir SNAP?** **Por favor, dígame sí o no para cada una de las siguientes afirmaciones.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| Dejó de ser elegible porque sus ingresos aumentaron | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Dejó de ser elegible debido a cambios en la familia (p. ej. un familiar se mudó del hogar) | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Dejó de ser elegible debido a que no cumplía con los reglas o requisitos del programa (no asistió a la escuela, a capacitaciones de trabajo, etc.) | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| La elegibilidad terminó debido a límites de tiempo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| Sigue siendo elegible, pero decidió no participar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| ¿Alguna otra razón? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| [IF YES] ¿Cuál es la otra razón? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

1. **¿Por cuántos meses desde [Sample Month] recibió beneficios de SNAP?**

Please Select▼

**Months**

* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ***En los últimos 12 meses,* ¿participó en un programa de empleo o capacitación para poder recibir los beneficios de SNAP?** **Voy a leerle varias afirmaciones.** **Dígame cuál describe mejor sus experiencias.** **¿Diría usted...?**

* Sí. Usted fue voluntario para participar
* Sí. Usted participó porque era un requisito para mantener los beneficios de SNAP
* No. A usted le dijeron que tenía que participar, pero no lo hizo ➔ [SKIP TO E9]
* No. Nunca le dijeron que tenía que participar y no fue voluntario o ➔ [SKIP TO E9]
* No. Usted participó anteriormente, pero no en los últimos 12 meses ➔ [SKIP TO E9]
* DON’T KNOW ➔ [SKIP TO E9]
* REFUSED ➔ [SKIP TO E9]

1. **¿Sigue asistiendo al programa, se retiró antes de terminar el programa o lo ha completado?**
   * STILL ATTENDING THE PROGRAM
   * LEFT BEFORE THE END OF THE PROGRAM
   * COMPLETED THE PROGRAM
   * DON’T KNOW
   * REFUSED
2. **La agencia responsable de sus beneficios de SNAP, ¿le exigió que se inscriba para trabajo con la agencia estatal de empleo?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section F. Health and Health Insurance** |

Las próximas preguntas son acerca de su cobertura de seguro médico.

1. **¿Tiene cobertura de seguro médico?**

* YES
* NO➔ [SKIP TO F3]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO F3]
* REFUSED [SKIP TO F3]

1. **¿Qué tipo de seguro médico o de cobertura de salud tiene?** **Si tiene más de un tipo de cobertura, dígame qué tipo cubre la mayoría de sus gastos.** **Pídame que me detenga cuando llegue a la afirmación que describa mejor su seguro médico o cobertura de salud.**

**[INTERVIEWER: YOU DO NOT NEED TO READ THE FULL LIST]**

* Seguro mediante un empleador o un sindicato actual o antiguo (por parte suya o de un familiar)
* Seguro comprado directamente a una compañía de seguros (por parte suya o de un familiar)
* Medicare, para personas mayores de 65 años o para personas con ciertas discapacidades
* Medicaid, Medical Assistance u otra clase de plan de asistencia del gobierno para personas de bajos ingresos o con discapacidades
* TRICARE u otro seguro de salud de las fuerzas armadas
* VA (incluyendo aquellos que alguna vez han usado o se han inscrito en cuidado médico de VA)
* Servicio de salud indígena
* No sabe
* Algún otro tipo de plan de seguro médico o cobertura de salud. [IF R INDICATES OTHER]: Por favor, describa qué tipo de plan de seguro médico o cobertura de salud:
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **En general, ¿diría que su salud es…?**

* Excelente,
* Muy buena,
* Buena,
* Regular o
* Mala
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section G: Household Information** |

Las siguientes preguntas son acerca del lugar donde usted vive y de las personas con quienes vive.

1. **¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor el tipo de lugar donde usted vive actualmente?**

* Usted es propietario de su casa, incluyendo casas móviles
* Usted paga alquiler por su casa o apartamento, incluyendo casas móviles
* Vive en la casa de familiares o amigos sin pagar alquiler
* Vive en la casa de familiares o amigos y paga poco alquiler
* Vive en un sitio temporal o de emergencia (p. ej. un albergue o no tiene hogar)
* ¿Otro lugar? Por favor, describa.
* DON’T KNOW
* REFUSED

Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su hogar. Por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas. Hogar puede ser una persona que vive sola, o que aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, si vive en un dormitorio, otra institución o un hospital, o si prepara las comidas por su propia cuenta, inclúyase solamente usted.

1. **¿Cuántas personas, *incluyéndose a usted mismo*, viven en su hogar?**

* DON’T KNOW
* REFUSED

**[if G2 > 1, ask G3; otherwise, SKIP TO G5]**

1. **Voy a pedirle una información adicional acerca de las personas que viven en su hogar, aparte de usted.** **Comencemos con la persona de mayor edad en su hogar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[¿Cuál es el primer nombre de la persona de mayor edad en su hogar?/¿Cuál es el nombre de la siguiente persona de mayor edad en su hogar?]** | **¿Y qué relación o parentesco tiene [NAME] con usted?** **[READ LIST IF NEEDED]** | **¿Qué edad tiene [NAME]?** |
|  | Please Select▼ | Please Select▼ |
| **HH Member 2** |  |  |
| **HH Member 3** |  |  |
| **HH Member 4** |  |  |
| **HH Member 5** |  |  |
| **HH Member 6** |  |  |
| **HH Member 7** |  |  |

**[for G3 dropdown: Relación o parentesco con usted]**

* Cónyuge o pareja
* Hijo o hija
* Nieto o nieta
* Padre o madre
* Hermano o hermana
* Otro familiar (tío, tía, primo, prima, sobrino, sobrina, suegra, suegro, etc.)
* Hijo temporal o foster
* Compañero de vivienda
* Otra persona no emparentada
* DON’T KNOW
* REFUSED

Solamente para confirmar, las siguientes personas viven en su hogar. [READ ROSTER]

**[Instruction: autofill first names of persons ages 16 or older from hh roster above]**

1. **Tengo algunas preguntas adicionales acerca de todas las personas mayores de 16 años en su hogar.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Primer nombre** | **Actualmente, ¿[NAME] trabaja, no trabaja, pero está buscando empleo o no trabaja y no está buscando empleo?** | **Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja [NAME]  normalmente  *en todos los trabajos*?**  **Normalmente trabaja 35 o más horas por semana**  **Normalmente trabaja de 20 a 34 horas por semana**  **Normalmente trabaja de 1 a 19 horas por semana** | **¿Está [NAME] en servicio activo en las Fuerzas Armadas?** |
|  | Please Select▼ | Please Select▼ | Please Select▼ |
| **Adult 1** |  |  |  |
| **Adult 2** |  |  |  |
| **Adult 3** |  |  |  |
| **Adult 4** |  |  |  |
| **Adult 5** |  |  |  |

**[for G4 dropdown: ¿Está esta persona trabajando actualmente]**

Actualmente está trabajando

No está trabajando, pero está buscando empleo

No está trabajando y no está buscando empleo

* DON’T KNOW

REFUSED

**[for G4 dropdown:Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja él/ella normalmente en todos los trabajos?]**

Normalmente trabaja 35 o más horas por semana

Normalmente trabaja de 20 a 34 horas por semana

Normalmente trabaja de 1 a 19 horas por semana

* DON’T KNOW

REFUSED

**[for G4 dropdown: ¿Está él/ella en servicio activo en las Fuerzas Armadas?]**

YES

NO

* DON’T KNOW

REFUSED

**[Ask G5 if G1 is *not* “I live in emergency or temporary housing”****; otherwise, SKIP TO next section]**

1. **En el lugar donde vive actualmente, ¿tiene usted o algún miembro de este hogar acceso a Internet?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section H: Dependents and Dependent Care** |

[Question H1 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there are children under age 13 in their household.]

Las siguientes preguntas son acerca de dependientes y del cuidado de dependientes.

1. **Usted dijo que hay [autofill number] niños menores de 13 años que viven en su hogar.** **¿Es usted el padre, la madre, tutor o cuidador de alguno de estos niños?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

[Question H2 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there is anyone over 59 in their household.]

1. **Sin incluir asistencia financiera, ¿presta usted cuidado o asistencia a un adulto en su hogar que lo necesita debido a alguna condición relacionada con la vejez?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

[If the answer to H2 is yes, H3 will be programmed to read: “¿Presta usted cuidado o asistencia sin pago a *alguien más* en el hogar...”]

1. **¿Presta usted cuidado o asistencia sin pago a alguien en su hogar debido a un problema de salud o discapacidad?** **Esto podría incluir una discapacidad física, mental, emocional, cognoscitiva, conductual o del desarrollo; un problema crónico de salud o un problema psiquiátrico o ceguera o sordera.** **La asistencia puede incluir cuidado médico o ayuda con actividades cotidianas incluso supervisión o recordatorios.**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

[The following question is asked only if the respondent indicated above that they are responsible for anyone under age 13 in the household]

1. **¿Alguno de los niños que vive con usted recibe cuidado infantil cuando no está en la escuela?** **El cuidado infantil incluye guarderías, Head Start, centros de cuidado infantil antes o después de clases, una niñera, incluyendo hermanos o hermanas, uno de los padres del niño si no viven juntos, otros familiares y campamentos de verano.** **No incluya kindergarten, primer grado o grados más altos.**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

**H5.** **H5. Actualmente, ¿tiene algún acuerdo legal u órdenes que le exigen que pague manutención o pensión infantil?**

* YES
* NO
* DON’T KNOW
* REFUSED

|  |
| --- |
| **Section I: Income** |

1. Las siguientes preguntas son acerca de ingresos o asistencia que usted o alguien en su hogar haya recibido en el *2017.* Recuerde que, por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas; o una persona que vive sola, o que aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, indique si usted o alguna de las personas en su hogar recibieron algo de lo siguiente en *algún momento durante el 2017*, incluso si solo fue por un mes. ¿En el 2017 recibió...?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. Pagas o salario de un empleo regular | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. Dinero que recibió de trabajitos ocasionales, como cuidar niños, hacer peinados o trabajos similares | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. WIC o el Programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, infantes y niños | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. Estampillas de alimentos o Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| e. Ingreso del Seguro Social por discapacidad (SSDI) o ingreso de seguridad suplementario (SSI) | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| f. Asistencia pública o *welfare* | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| g. Medicaid | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| h. Asistencia de vivienda como vivienda subsidiada pública o para personas de bajos ingresos o el programa de cupones de vivienda (Sección 8) | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| i. Asistencia de energía | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| j. Subsidio de cuidado infantil | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| k. Jubilación o seguro social | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| l. Seguro de desempleo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| m. Compensación por desempleo | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| n. Manutención de alimentos o pensión infantil | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| o. Otro apoyo que recibió de amigos o familiares | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| p. ¿Algún otro ingreso? [IF YES] ¿De dónde es ese otro ingreso? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

1. **Piense en todos los ingresos que usted y las personas de su hogar recibieron *durante todo el 2017*. ¿Cuáles fueron los ingresos totales durante el año para todas las personas que viven juntas en su hogar?** **Esto incluye dinero de trabajos, ingresos netos de negocios, pensiones, dividendos, intereses, pagos del seguro social y cualquier otro ingreso que haya recibido.** **Incluya todos los ingresos de su hogar antes de impuestos.**

**Si no está seguro, dígamelo.** **[IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]**

Amount

* DON’T KNOW
* REFUSED

**[If I2=DK, ask I2a. Otherwise, skip to I3]**

**I2a. Aproximadamente, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar durante el 2017?**

* + Menos de $5,000,
  + $5,001 a $10,000,
  + $10,001 a $20,000,
  + $20,001 a $30,000,
  + $30,001 a $40,000,
  + $40,001 a $50,000
  + $50,001 o más
  + DON’T KNOW
  + REFUSED

1. ***Durante los últimos 12 meses,* ¿sucedió algo de lo siguiente porque su hogar no tenía suficiente dinero?** **Conteste sí o no para cada afirmación.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. El hogar no pagó la cantidad total del alquiler o de la hipoteca. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. El hogar no pagó la cantidad total de las cuentas del gas, aceite o electricidad. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. La compañía del gas o de la electricidad cortó el servicio, o la compañía del aceite no lo repartió. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. La compañía de teléfono desconectó el servicio porque no se hicieron los pagos. | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| e. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al médico o al hospital, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| f. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al dentista, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| G, Usted o alguien más en su hogar no pudo comprar un medicamento recetado o tuvo que posponerlo cuando lo necesitaba porque en el hogar no había con qué pagar | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |

1. **¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor a los alimentos que se consumieron en su hogar en los *últimos 12 meses*? ¿Diría que...?**

* Siempre tuvo suficiente que comer y las clases de alimentos que quería,
* Tuvo suficiente que comer, pero no siempre las clases de alimentos que quería,
* A veces no tiene suficiente que comer o
* Con frecuencia no tiene suficiente que comer
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. ***Durante los últimos 12 meses,* ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) recibieron alimentos de emergencia de una iglesia, un comedor de beneficencia o un banco de alimentos?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO I7]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO I7]
* REFUSED [SKIP TO I7]

1. **¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses?** **¿Fue...?**

* Casi todos los meses,
* Algunos meses, pero no todos los meses o
* Únicamente 1 o 2 meses
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) fueron a comer a un comedor de beneficencia?**

* YES
* NO ➔ [SKIP TO I9]
* DON’T KNOW➔ [SKIP TO I9]
* REFUSED➔ [SKIP TO I9]

1. **¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses?** **¿Fue...?**

* Casi todos los meses,
* Algunos meses, pero no todos los meses o
* Únicamente 1 o 2 meses
* DON’T KNOW
* REFUSED

1. **Ahora quisiéramos saber acerca de deudas que posiblemente tenga,** **aparte de hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil.** **¿Tiene alguna de las siguientes deudas?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | YES | NO | DON’T KNOW | REFUSED |
| a. Dinero que le debe a familiares, parientes o amigos | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| b. Préstamos educativos | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| c. Dinero que debe en una o más tarjetas de crédito | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
| d. Otros préstamos (por ejemplo, préstamos de día de pago "payday loans" o préstamos de una casa de empeños) [IF YES] ¿Qué otros préstamos tiene? | ⭘ | ⭘ | ⭘ | ⭘ |
|  |  | | |  |

**[If at least one source of debt was checked in I9, ask I10. Otherwise, SKIP TO END]**

1. **Sin contar hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil, ¿aproximadamente cuánto debe en estas otras deudas?**

* $1 a $500,
* $501 a $1,000,
* $1,001 a $2,500,
* $2,501 a $5,000,
* $5,001 a $10,000,
* $10,001 a $25,000,
* $25,001 a $50,000 o
* Más de $50,000
* DON’T KNOW
* REFUSED

**END**

**Gracias por su participación en este importante estudio.**

**Le enviaremos su incentivo en efectivo y necesitamos tener su dirección correcta.**

**CONFIRM ADDRESS AND UPDATE IF NECESSARY.**

Street Address 1

Street Address 2 or Apt

City

State

Zip

Telephone

E-Mail

**Nuevamente gracias.** **¡Hasta luego!**

Privacy Act Statement

**Authority:** Section 9 of the Food and Nutrition Act of 2008, as amended, (7 U.S.C. 2018); section 205(c)(2)(C) of the Social Security Act (42 U.S.C. 405(c)(2)(C)); and section 6109(f) of the Internal Revenue Code of 1986 (26 U.S.C. 6109(f)), authorizes collection of the information on this application.

**Purpose:** Information is collected primarily for use by the Food and Nutrition Service in the administration of the Supplemental Nutrition Assistance Program;

**Routine Use:** Information may be disclosed for any of the routine uses listed in the published System of Record notice [https://www.federalregister.gov/documents/2010/12/27/2010-32457/privacy-act-revision-of-privacy-act-systems-of-records#p-30](https://secure-web.cisco.com/1qTId5z3TL_b3ALMw7ZCGvZLu1twdUkxtoK6r97DHYFuhRAwh29V0wZXBT_AqP6uonrT-JGwEgh6Z_b0Df5cxVo4Rs7bFA_i9xLG-7RvTsKLVs9OhkA_N8Fm1RxhaTJXZc73YaFKgbErmWS1llbAqwP_QPOmGKBC-O5J34IOvjGvQWZJZj7XiISpz3P1fY6L1jJt7-o8-42r8geBNZ5Cs8vuEglJj0uG8NVOQe5-L7yVCbV7ezZ1T1o2ZUpUOZkw-/https%3A%2F%2Fwww.federalregister.gov%2Fdocuments%2F2010%2F12%2F27%2F2010-32457%2Fprivacy-act-revision-of-privacy-act-systems-of-records%23p-30)