

## Appendix 2: Screener and Topical Surveys

### Table of Contents:

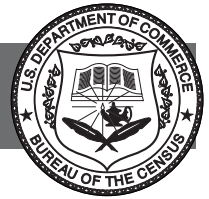
1. Screener (English)
2. Early Childhood Program Participation survey (English)
3. Parent and Family Involvement—Enrolled (English)
4. Parent and Family Involvement—Homeschooled (English)
5. Adult Training and Education Survey (English)
6. Screener (Spanish)
7. Early Childhood Program Participation survey (Spanish)
8. Parent and Family Involvement—Enrolled (Spanish)
9. Parent and Family Involvement—Homeschooled (Spanish)
10. Adult Training and Education Survey (Spanish)
11. Table of web-only items. These fall into three categories:
  - a. Transitional questions from screener to topical
  - b. Test questions soliciting email addresses for a subsample of screener respondents
  - c. Verification questions confirming screener responses in topical surveys

### Description of Web Experiment:

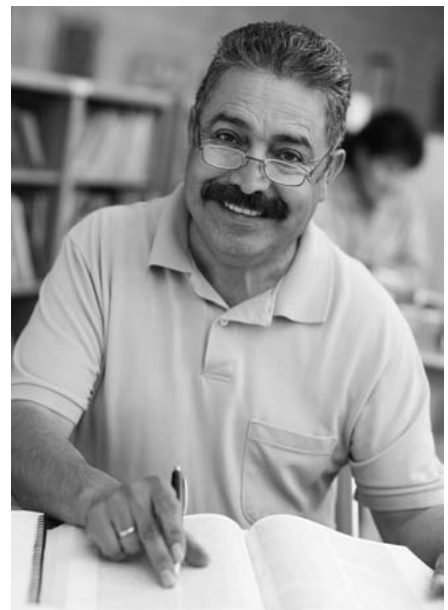
A subsample of 35,000 households will be assigned to the web treatment to test real-time sampling between the screener and the topical stages of data collection. The functionality of the web interface will permit immediate sampling of a household member for a topical survey, and if the screener respondent is the sampled adult respondent or the most knowledgeable adult about the sampled child respondent, the web instrument will allow him or her to continue immediately to the topical survey. At any stage, respondents will be able to call the Census Bureau to receive a paper survey by mail. In addition, beginning at the point of the third nonresponse follow up mailing for both the screener and the topical surveys, sampled web households that have not yet responded will automatically receive a paper survey and continue with mail treatment thereafter. All households selected for the web experiment will receive the standard \$5 screener incentive. Web respondents who complete the screener and topical without a break-off or change in sampled household member will not receive a topical incentive; all others will receive standard topical incentives (\$5/\$15 for late screener returns).

The web screener and topical survey instruments will be identical to the paper instruments with a few exceptions to take advantage of web functionality. Skip patterns will be invisible to the respondent, the name of the sampled child from the screener will be “filled” in topical items as appropriate, certification names as entered by the respondent will be “filled” in follow up questions, and range checks will be done immediately. The web instruments will also allow the respondent to toggle back and forth as desired between English and Spanish. The seamless transition to the topical survey required a few transitional items that are detailed in the table at the end of this appendix (e.g. Who is the person in this household who knows the most about [sampled child]’s care and education?). The web screener instrument also includes questions asking for “your/sampled person’s” email address “in case we need to contact you further”. These questions will be administered to a random subset of web treatment cases to determine the effect of asking for email address on breakoffs. Finally, the web topical instruments include some items verifying screener responses rather than re-asking those questions as separate topical survey items (e.g. Based on your household’s previous response, [this child] is [gender]. Is that correct?).

**UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE**  
Economics and Statistics Administration  
U.S. Census Bureau



# National Household Education Survey



The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC §9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES.

**NHES-SCRN**  
(05/06/2015)



# National Household Education Survey

## Start Here

The Department of Education is studying the education and training experiences of adults and children. Each household is different, and we need your response so we can send you a survey that is right for your household.

- ▶ Return this form even if there are only one or two people in the household.
- ▶ This survey should be filled out by an adult household member living at this address.
- ▶ Please use a blue or black pen if available.

### 1. How many people live in this household?

Include adults and children who are temporarily away from home (for example, living in college housing) if they have no other permanent home.

Continue answering questions 2 through 6 for each person living in this household. Include all adults and children. Start with yourself.

## You / Person 1



### 2. What is his or her first name, initials, or nickname?

First names will be used only to ask you questions about the education of a specific person.

First name/initials/nickname

### 3. What is this person's month and year of birth?

 / 

month year of birth

### 4. What is this person's sex?

- Male  
 Female

### 5. Is this person currently in . . . Mark [X] ONE only.

- Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,  
 Public or private school, or preschool,  
 College, university or vocational school, or  
 Not in school?

↳ GO TO person 2.

### 6. What is this person's current grade or equivalent?

- Preschool  
 Kindergarten  
 write grade 1 through 12  
 College, university or vocational school  
 None of these

## Person 2




First name/initials/nickname

 / 

month year of birth

- Male  
 Female

- Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,  
 Public or private school, or preschool,  
 College, university or vocational school, or  
 Not in school?

↳ GO TO person 3.

- Preschool  
 Kindergarten  
 write grade 1 through 12  
 College, university or vocational school  
 None of these



**Person 3**




First name/initials/nickname

 / 

month year of birth

- Male
- Female

Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,

Public or private school, or preschool,

College, university or vocational school, or

Not in school?

**↳ GO TO person 4.**

- Preschool
- Kindergarten

write grade 1 through 12

College, university or vocational school

None of these

**Person 4**




First name/initials/nickname

 / 

month year of birth

- Male
- Female

Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,

Public or private school, or preschool,

College, university or vocational school, or

Not in school?

**↳ GO TO person 5.**

- Preschool
- Kindergarten

write grade 1 through 12

College, university or vocational school

None of these

**Person 5**




First name/initials/nickname

 / 

month year of birth

- Male
- Female

Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,

Public or private school, or preschool,

College, university or vocational school, or

Not in school?

**↳ GO TO page 4.**

- Preschool
- Kindergarten

write grade 1 through 12

College, university or vocational school

None of these

**► If there are more than 5 people in your household, continue on the next page. Otherwise, stop here and return this form in the postage-paid envelope provided.**



# National Household Education Survey

## Continue

If there are more than 5 people in your household, please continue answering for each person living in this household.

If you have finished answering about everyone in the household please return the survey in the postage-paid envelope provided.

### Person 6



2. What is his or her first name, initials, or nickname?

First name/initials/nickname

First names will be used only to ask you questions about the education of a specific person.

3. What is this person's month and year of birth?

 / 

month year of birth

4. What is this person's sex?

 Male  
 Female

5. Is this person currently in . . .

Mark [X] ONE only.

 Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,  
 Public or private school, or preschool,  
 College, university or vocational school, or  
 Not in school?

➔ GO TO person 7.

6. What is this person's current grade or equivalent?

 Preschool  
 Kindergarten  
 write grade 1 through 12  
 College, university or vocational school  
 None of these

### Person 7




First name/initials/nickname

 / 

month year of birth

 Male  
 Female

 Homeschool instead of attending a public or private school for some or all classes,  
 Public or private school, or preschool,  
 College, university or vocational school, or  
 Not in school?

➔ GO TO person 8.

 Preschool  
 Kindergarten  
 write grade 1 through 12  
 College, university or vocational school  
 None of these


Conducted for:  
**U.S. Department of Education**  
 National Center for Education Statistics

### Person 8




First name/initials/nickname

 /   
 month year of birth

- Male  
 Female

Homeschool instead  
 of attending a public  
 or private school for  
 some or all classes,

Public or private  
 school, or preschool,

College, university or  
 vocational school, or

Not in school?

↳ **GO TO person 9.**

- Preschool  
 Kindergarten

write grade  
 1 through 12

College, university or  
 vocational school

None of these

### Person 9




First name/initials/nickname

 /   
 month year of birth

- Male  
 Female

Homeschool instead  
 of attending a public  
 or private school for  
 some or all classes,

Public or private  
 school, or preschool,

College, university or  
 vocational school, or

Not in school?

↳ **GO TO person 10.**

- Preschool  
 Kindergarten

write grade  
 1 through 12

College, university or  
 vocational school

None of these

### Person 10




First name/initials/nickname

 /   
 month year of birth

- Male  
 Female

Homeschool instead  
 of attending a public  
 or private school for  
 some or all classes,

Public or private  
 school, or preschool,

College, university or  
 vocational school, or

Not in school?

↳ **Return survey.**

- Preschool  
 Kindergarten

write grade  
 1 through 12

College, university or  
 vocational school

None of these

- ▶ **Please verify you have filled out a column for everyone in your household.**  
 ▶ **Thank you. Please return this form in the postage-paid envelope provided or mail it to:**

**U.S. Census Bureau**  
**ATTN: DCB 60-A**  
**1201 E. 10th Street**  
**Jeffersonville, IN 47132-0001**

**Toll-free number for questions: 1-888-840-8353**



***THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK***



## **Thank you.**

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided.  
If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**





## Commonly Asked Questions

**Q: How did you get my address?**

A: Your address was randomly selected from among all of the home addresses in the nation. It was selected using scientific sampling methods to represent other households in the U.S.

**Q: Why don't you ask more questions about education in this questionnaire?**

A: The purpose of this questionnaire is to find out if anyone in your household is eligible for the next stage of the survey. If so, we will send a second questionnaire that will ask about educational experiences of a member of your household.

**Q: If there are no children or anyone currently in school in my household, should I respond?**

A: Yes, you should respond to this survey. Once you return the questionnaire, the study will be able to see if anyone in your household is eligible for the next and final survey. If no one is eligible, you will not receive another survey.

**Q: Why should I take part in this study? Do I have to do this?**

A: This survey is the only way that the Department of Education can learn about children's early care and education, students' schooling, and adult training and education, from your perspective. You represent thousands of other households like yours, and you cannot be replaced. Your answers and opinions are very important to the success of this study. You may choose not to answer any or all questions in this survey. In order for the survey to be representative, it is important that you complete and return this questionnaire. Those who do not return the survey will not be represented in key statistics used by policymakers and researchers.

**Q: How will the information I provide be used? Will my privacy be protected?**

A: Your responses will be combined with those of others to produce statistical summaries and reports. Your individual data will not be reported. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573).

**Q: How much time will it take?**

A: On average, it should take 8 minutes or less for you to respond, including the time for reviewing instructions and completing and reviewing the collection of information.

**Q: Who is sponsoring the study?**

A: The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. This study has been approved by the Office of Management and Budget (OMB), the office that reviews all federally sponsored surveys. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Do not return the completed form to this address. You may send email to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.



# Our Children's Future: A Survey of Young Children's Care and Education

Part of the 2016 National Household Education Survey



Thank you for helping us with this survey. Based on the information we received from your household in your last survey, we're asking you to complete this final step.

Administered by

**UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE**  
Economics and Statistics Administration  
**U.S. Census Bureau**



**NHES-ECPP**  
(07/20/2015)

24026015



---

---

## Instructions

- ◆ In response to the survey you answered earlier, we recorded that the child listed below has not yet started kindergarten. If this child is attending public or private school or is homeschooled for kindergarten through 12th grade or equivalent, please call us toll-free at 1-888-840-8353 to let us know.
- ◆ These questions should be filled in by a parent or guardian who knows about:

Please answer all the survey questions thinking about this child.

- ◆ To answer a question, simply mark  the box that best represents your answer.
- ◆ Please use a black or blue pen, if available, to complete this survey.
- ◆ Please return the completed survey using the postage-paid envelope provided.

---

---

The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC §9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. You do not have to provide the information requested. However, the information you provide will help the Department of Education's ongoing efforts to learn more about the educational experiences of children and families. There are no penalties should you choose not to participate in this study. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C., §9573). Your responses will be combined with those from other participants to produce summary statistics and reports.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary survey is 1850-0768. The time required to complete this survey is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, gather the data needed, and complete and review the survey. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Do not return the completed form to this address. You may send email to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.

24026023




## Childhood Care and Programs

▶ Thank you for your help with the previous survey your household completed.

▶ Answer all the survey questions thinking about the child listed below:

### Care Your Child Receives from Relatives

 These questions ask about different types of child care this child may now receive on a regular basis from a relative other than his/her parents or guardians.

1. Is this child now receiving care from a relative other than a parent or guardian on a regular basis, for example, from grandparents, brothers or sisters, or any other relatives?

No → **GO TO question 17**

Yes

2. Are any of these care arrangements regularly scheduled at least once a week?

No → **GO TO question 17**

Yes

3. These next questions are about the care that this child receives from the relative who provides the most care. How is that relative related to this child?

Mark  ONE only.

Grandmother/Grandfather

Aunt/Uncle

Brother/Sister

Another relative

4. How old is the relative who provides the most care to this child?

age

5. Is this care provided in your home or another home?

Own home

Other home

Both

6. How many days each week does this child receive care from this relative?

days each week

7. How many hours each week does this child receive care from this relative?

hours each week

8. How old was this child in years and months when this particular regular care arrangement with this relative began?

years

months

9. What language does this relative speak most when caring for this child?

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

24026031



**10. Will this relative care for this child when the child is...**

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Sick but does not have a fever? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sick and has a fever? .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**11. Is there any charge or fee for the care this child receives from this relative, paid either by you or some other person or agency?**

- No → **GO TO question 15**
- Yes

**12. Do any of the following people, programs, or organizations help pay for this relative to care for this child?**

Mark  **ONE** box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. A relative of this child outside your household who provides money <u>specifically</u> for that care, not including general child support ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another social service, welfare, or child care agency. .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. An employer, not including a tax-free spending account for child care .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Someone else .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**13. How much does your household pay for this relative to care for this child, not counting any money that may be received from others to help pay for care?**

Write '0' if your household does not pay this relative for care.

↓

|    |  |     |
|----|--|-----|
| \$ |  | .00 |
|----|--|-----|

**Is that amount per...**

- Hour
- Day
- Week
- Month
- Year
- Every 2 weeks
- Other — Specify: ↓

|  |
|--|
|  |
|--|

**14. How many children from your household is this amount for, including this child?**

- This child only
- 2 children
- 3 children
- 4 children
- 5 or more children

**15. Does this child have any other care arrangements with a relative on a regular basis?**

- No → **GO TO question 17**
- Yes

**16. How many total hours each week does this child spend in those other care arrangements with relatives?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

hours each week



► **Care Your Child Receives from Non-relatives**



*The next questions ask about any care this child receives from someone not related to him/her, either in your home or someone else's home. This includes home child care providers or neighbors, but not day care centers or preschools.*

17. **Is this child now receiving care in your home or another home on a regular basis from someone who is not related to him/her?**

No → **GO TO question 35**

Yes



18. **Are any of these care arrangements regularly scheduled at least once a week?**

No → **GO TO question 35**

Yes



19. **These next questions are about the care that this child receives from someone who is not related to him/her who provides the most care.**

**Is this care provided in your own home or in another home?**

Own home

Other home

Both

20. **Does this person who cares for this child live in your household?**

No

Yes

21. **How many days each week does this child receive care from this person?**

days each week

22. **How many hours each week does this child receive care from this person?**

hours each week

23. **How old was this child in years and months when this particular regular care arrangement with this person began?**

years  months

24. **Was this care provider someone you already knew?**

No

Yes

25. **Is this child's care provider age 18 or older?**

No

Yes

26. **What language does this care provider speak most when caring for this child?**

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

27. **Will this care provider care for this child when this child is...**

No Yes  
▼ ▼

a. Sick but does not have a fever? . . . . .

b. Sick and has a fever? . . . . .





28. **Would you recommend this care provider to another parent?**

No

Yes

29. **Is there any charge or fee for the care this child receives from this care provider, paid either by you or some other person or agency?**

No → GO TO question 33

Yes

30. **Do any of the following people, programs, or organizations help pay for this person to care for this child?**

Mark  ONE box for each item below.

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. A relative of this child outside your household who provides money <u>specifically</u> for that care, not including general child support..... | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another social service, welfare, or child care agency. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. An employer, not including a tax-free spending account for child care . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Someone else . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. **How much does your household pay for this person to care for this child, not counting any money that may be received from others to help pay for care?**

Write '0' if your household does not pay this non-relative for care.

\$  .00

Is that amount per...

Hour

Day

Week

Month

Year

Every 2 weeks

Other — Specify: →

32. **How many children from your household is this amount for, including this child?**

This child only

2 children

3 children

4 children

5 or more children

33. **Does this child have any other home-based care arrangements on a regular basis with someone who is not a relative? Do not include arrangements at day care centers or preschools.**

No → GO TO question 35

Yes

34. **How many total hours each week does this child spend in those other care arrangements with non-relatives?**

hours each week



**► Day Care Centers and Preschool Programs Your Child Attends**

**i** *The next questions ask about any day care centers and early childhood programs that this child attends. This does not include care provided in a private home.*

**35. Is this child now attending a day care center, preschool, or prekindergarten not in a private home?**

- No → **GO TO question 54**
- Yes

**36. Does this child go to a day care center, preschool, or prekindergarten, at least once each week?**

- No → **GO TO question 54**
- Yes

**37. The next questions ask about the program where this child spends the most time.**

**Is this child's current program a day care program, a preschool program, or a prekindergarten program?**

- Day care
- Preschool
- Prekindergarten


**38. Is this program a Head Start or Early Head Start program?**

**i** *Head Start and Early Head Start are federally sponsored preschool programs primarily for children from low-income families.*

- No
- Yes
- Don't know

**39. Where is this program located?**

Mark  **ONE** only.

- In a church, synagogue, or other place of worship
- In a public elementary or secondary school
- In a private elementary or secondary school
- At a college or university
- At a community center
- At a public library
- In its own building, office space, or storefront
- Some other place – Specify: 

**40. Is this program run by a church, synagogue, or other religious group?**

- No
- Yes

**41. Is this program located at your workplace or this child's other parent's workplace?**

- No
- Yes

**42. How many days each week does this child go to this program?**

days each week

**43. How many hours each week does this child go to this program?**

hours each week

**44. How old was this child in years and months when he/she started going to this particular program?**

years  months

24026072





**45. What language does this child’s main care provider or teacher at this program speak most when caring for this child?**

- English
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

**46. Would you recommend this program to another parent?**

- No
- Yes

**47. Does this program provide any of the following services to this child or your family?**

Mark  ONE box for each item below.

|  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Hearing, speech, or vision testing . . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Physical examinations . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dental examinations . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Formal testing for developmental or learning problems . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sick child care when this child is sick but does not have a fever . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Sick child care when this child is sick and has a fever. . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**48. Is there any charge or fee for this program, paid either by you or some other person or agency?**

- No → **GO TO question 52**
- Yes

**49. Do any of the following people, programs, or organizations help pay for this child to go to this program?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. A relative of this child outside your household who provides money <u>specifically</u> for that care, not including general child support . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another social service, welfare, or child care agency . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. An employer, not including a tax-free spending account for child care . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Someone else . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**50. How much does your household pay for this child to go to this program, not counting any money that you may receive from others to help pay for care?**

Write '0' if your household does not pay for this program.

|    |  |     |
|----|--|-----|
| \$ |  | .00 |
|----|--|-----|

**Is that amount per...**

- Hour
- Day
- Week
- Month
- Year
- Every 2 weeks
- Other – Specify:

24026080



## Finding and Choosing Care for Your Child

51. How many children from your household is this amount for, including this child?

- This child only
- 2 children
- 3 children
- 4 children
- 5 or more children


52. Does this child have any other care arrangements at a day care center or preschool on a regular basis?

- No → **GO TO question 54**
- Yes

53. How many total hours each week does this child spend at those day care centers or preschools?

hours each week

54. Has this child ever attended a Head Start or Early Head Start program?

 *Head Start and Early Head Start are federally sponsored preschool programs primarily for children from low-income families.*

- No
- Yes
- Don't know

55. What is the main reason your household wanted a care program for this child in the past year?

Mark  ONE only.

- To provide care when a parent was at work or school
- To prepare child for school
- To provide cultural or language learning
- To make time for running errands or relaxing
- Some other reason
- Did not have care in the past year

56. Do you feel there are good choices for child care or early childhood programs where you live?

- No
- Yes
- Don't know



**57. How much difficulty did you have finding the type of child care or early childhood program you wanted for this child?**

- Have not tried to find care → **GO TO question 60**
- No difficulty → **GO TO question 59**
- A little difficulty
- Some difficulty
- A lot of difficulty
- Did not find the child care program you wanted

**58. What was the primary reason for the difficulty finding child care or early childhood programs?**

Mark  **ONE** only.

- Cost
- Location
- Quality
- Lack of open slots for new children
- Needed a program for children with special needs
- Other reason – Specify: ↴

**59. How important was each of these reasons when you chose the child care arrangement or program where this child spends the most time?**

**a. The location of the arrangement?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**b. The cost of the arrangement?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**c. The reliability of the arrangement?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**d. The learning activities at the arrangement?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**e. The child spending time with other kids his/her age?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**f. The times during the day that this caregiver is able to provide care?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important



**g. The number of other children in the child's care group?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**h. Ratings on a website?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**i. Recommendations from friends and family?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

**j. The religious orientation of the program?**

- Not at all important
- A little important
- Somewhat important
- Very important

24026114



# Family Activities



The next questions ask about this child's activities with family members in the past week or month.

60. About how many books does this child have of his/her own, including those shared with brothers or sisters?

number of books

61. How many times have you or someone in your family read to this child in the past week?

Not at all



GO TO question 63

times

62. About how many minutes on each of those times did you or someone in your family read to this child?

minutes

63. In the past week, how many times has anyone in your family done the following things with this child?

a. Told this child a story? (Do not include reading to this child.)

Not at all

1 or 2 times

3 or more times

b. Taught this child letters, words, or numbers?

Not at all

1 or 2 times

3 or more times

c. Sang songs with this child?

Not at all

1 or 2 times

3 or more times

d. Worked on arts and crafts with this child?

Not at all

1 or 2 times

3 or more times

64. In the past week, how many days has your family eaten the evening meal together?

Write '0' if none.

days

65. In the past month, have you or someone in your family visited a library with this child?

No

Yes

66. In the past month, have you or someone in your family visited a bookstore with this child?

No

Yes



# Things Your Child May be Learning



*These next questions ask about things that different children do at different ages. These things may or may not be true for this child.*

**67. Is this child under 2 years old or is he/she 2 years old or older?**

- Under 2 years → **GO TO question 75**
- 2 years or older



**68. Can this child identify the colors red, yellow, blue, and green by name?**

- No
- Yes, some of them
- Yes, all of them

**69. Can this child recognize the letters of the alphabet?**

- No
- Yes, some of them
- Yes, most of them
- Yes, all of them

**70. How high can this child count?**

- This child cannot count
- Up to 5
- Up to 10
- Up to 20
- Up to 50
- Up to 100 or more

**71. Can this child write his/her first name, even if some of the letters are backwards?**

- No
- Yes

**72. Does this child ever read or pretend to read storybooks on his/her own?**

- No → **GO TO question 75**
- Yes

**73. Does this child actually read the words written in the book, or does he/she look at the book and pretend to read?**

- Pretends to read
  - Actually reads the written words
  - Does both
- GO TO question 75**

**74. When this child pretends to read a book, does it sound like a connected story, or does he/she tell what is in each picture without much connection between them?**

- Sounds like connected story
- Tells what's in each picture
- Does both
- Does neither



## Child's Health

**75. In general, how would you describe this child's health?**

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

**76. Has a health, education, or early intervention professional told you that this child has any of the following conditions?**

Mark  ONE box for each item below.

- |   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. An intellectual disability (mental retardation) . . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A speech or language impairment . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A serious emotional disturbance . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Deafness or another hearing impairment . . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Blindness or another visual impairment not corrected with glasses. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. An orthopedic impairment. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autism. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Pervasive Developmental Disorder (PDD). . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Attention Deficit Disorder, ADD or ADHD . . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. A specific learning disability. . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. A developmental delay. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Traumatic brain injury . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Another health impairment lasting 6 months or more. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**77. (If child is under 3 years old) Has a health, education, or early intervention professional told you this child is "at-risk" for a substantial developmental delay?**

- No
- Yes
- Child is age 3 or older

**78. Did you mark yes to any condition in question 76 or question 77?**

- No → **GO TO question 86**
- Yes

**79. Is this child receiving services for his/her condition?**

- No → **GO TO question 84**
- Yes

**80. Are these services provided by any of the following sources?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Your local school district . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A state or local health or social service agency. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A doctor, clinic, or other health care provider. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. This child's <u>private</u> school . . . . .              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24026148



**81. Are any of these services provided through an Individualized Family Service Plan (IFSP), Individualized Education Program (IEP) or services plan?**

No → **GO TO question 84**

Yes



**82. Did any adult in your household work with the service provider or school to develop or change this child's IFSP, IEP or services plan?**

No

Yes

**83. Since September, how satisfied or dissatisfied have you been with the following aspects of this child's IFSP, IEP or services plan?**

**a. The service provider's or school's communication with your family?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**b. The child's special needs teacher or therapist?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**c. The service provider's or school's ability to accommodate this child's special needs?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**d. The service provider's or school's commitment to help this child learn?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**84. Is this child currently enrolled in any special education classes or services?**

- No
- Yes

**85. Does this child's condition interfere with his/her ability to do any of the following things?**

Mark  ONE box for each item below.

|   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Learn.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participate in play with other children..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Go on outings.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Make friends.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24026155





## Child's Background

86. In what month and year was this child born?

|  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

month                      year

87. Where was this child born?

One of the 50 United States or the District of Columbia

↳ **GO TO question 89**

One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa,  
U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)

Another country

88. How old was this child when he/she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

age

89. Is this child of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

No

Yes

90. What is this child's race? You may mark one or more races.

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

91. What is this child's sex?

Male

Female

92. Does this child live at this address and another address (for example, because of a joint custody arrangement)?

Do not include vacation properties.

No → **GO TO question 94**

Yes

93. If yes, does this child...

spend most time at this address?

spend most time at another address?

spend equal time at both addresses?

94. What language does this child speak most at home?

Mark  ONE only.

Child has not started to speak

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

95. Is this child currently enrolled in English as a second language, bilingual education, or an English immersion program?

No

Yes

**GO TO question 96**



# Household Members

## 96. How many people live in this household?

Include adults and children who are temporarily away from home (for example, living in college housing) if they have no other permanent home.

people

## 97. How many of the following people live in this household with this child?

Do not include this child in your answer.

Example: Brother(s)

Write '0' if none.

| This child's...  | Number               |
|--|----------------------|
| a. Brother(s) . . . . .                                | <input type="text"/> |
| b. Sister(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| c. Mother (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| d. Father (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| e. Aunt(s) . . . . .                                   | <input type="text"/> |
| f. Uncle(s) . . . . .                                  | <input type="text"/> |
| g. Grandmother(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| h. Grandfather(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| i. Cousin(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| j. Parent's girlfriend/boyfriend/partner . . . . .     | <input type="text"/> |
| k. Other relative(s) . . . . .                         | <input type="text"/> |
| l. Other non-relative(s) . . . . .                     | <input type="text"/> |

## 98. How are you related to this child?

Mark  ONE only.

- Mother (birth, adoptive, step, or foster)
- Father (birth, adoptive, step, or foster)
- Aunt
- Uncle
- Grandmother
- Grandfather
- Parent's girlfriend/boyfriend/partner
- Other relationship – Specify:

## 99. Which language(s) are spoken at home by the adults in this household?

Mark  all that apply.

- English
- Spanish or Spanish Creole
- French (including Patois, Creole, Cajun)
- Chinese
- Other languages – Specify:

24026171



## Child's Family

### PARENT 1 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 100 to 117 about yourself if you are the child's parent or guardian.

If you are not the child's parent or guardian, answer questions 100 to 117 about one of this child's parents or guardians living in the household.

#### 100. Is this parent or guardian the child's...

- Biological parent
- Adoptive parent
- Stepparent
- Foster parent
- Grandparent
- Other guardian

#### 101. Is this person male or female?

- Male
- Female

#### 102. What is this person's current marital status?

Mark  ONE only.

- Now married → **GO TO question 104**
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Never married

#### 103. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

- No
- Yes

#### 104. What was the first language this parent or guardian learned to speak?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 106**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 105. What language does this person speak most at home now?

Mark  ONE only.

- English
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 106. Where was this parent or guardian born?

- One of the 50 United States or the District of Columbia  
↳ **GO TO question 108**
- One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)
- Another country

#### 107. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

age

#### 108. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

- No
- Yes



**109. What is this person's race? You may mark one or more races.**

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

**110. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?**

Mark  ONE only.

- 8th grade or less
- High school, but no diploma
- High school diploma or equivalent (GED)
- Vocational diploma after high school
- Some college, but no degree
- Associate's degree (AA, AS)
- Bachelor's degree (BA, BS)
- Some graduate or professional education, but no degree
- Master's degree (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)

**111. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?**

- No
- Yes

**112. Which of the following best describes this person's employment status?**

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
- Self-employed
- Unemployed or out of work → **GO TO question 114**
- Full-time student
- Stay at home parent
- Retired
- Disabled or unable to work

**113. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?**

→ **GO TO question 115**  
hours

**114. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?**

- No
- Yes

**115. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?**

months

**116. How old is this person?**

age

**117. How old was this person when he or she first became a parent to any child?**

age

Don't know



## PARENT 2 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 118 to 136 about a second parent or guardian living in the household.

**118. Is there a second parent or guardian living in this household?**

No → **GO TO question 137**

Yes

**119. Is this person the child's...**

Biological parent

Adoptive parent

Stepparent

Foster parent

Grandparent

Other guardian

**120. Is this person male or female?**

Male

Female

**121. What is this person's current marital status?**

Mark  **ONE** only.

Now married → **GO TO question 123**

Widowed

Divorced

Separated

Never married

**122. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?**

No

Yes

**123. What was the first language this parent or guardian learned to speak?**

Mark  **ONE** only.

English → **GO TO question 125**

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

**124. What language does this person speak most at home now?**

Mark  **ONE** only.

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

**125. Where was this parent or guardian born?**

One of the 50 United States or the District of Columbia

→ **GO TO question 127**

One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa,  
U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)

Another country

**126. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?**

age

**127. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?**

No

Yes



**128. What is this person's race? You may mark one or more races.**

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

**129. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?**

Mark  ONE only.

- 8th grade or less
- High school, but no diploma
- High school diploma or equivalent (GED)
- Vocational diploma after high school
- Some college, but no degree
- Associate's degree (AA, AS)
- Bachelor's degree (BA, BS)
- Some graduate or professional education, but no degree
- Master's degree (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)

**130. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?**

- No
- Yes

**131. Which of the following best describes this person's employment status?**

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
- Self-employed
- Unemployed or out of work
- Full-time student
- Stay at home parent
- Retired
- Disabled or unable to work

→ **GO TO question 133**

} **GO TO question 134**

**132. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?**



**GO TO question 134**

hours

**133. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?**

- No
- Yes

**134. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?**

months

**135. How old is this person?**

age

**136. How old was this person when he or she first became a parent to any child?**

age

- Don't know



## Your Household

**137. In the past 12 months, did your family ever receive benefits from any of the following programs?**

Mark  ONE box for each item below.

- |   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Your state welfare or family assistance program . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Women, Infants, and Children, or WIC . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Food Stamps . . . . .                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Section 8 housing assistance . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**138. Which category best fits the total income of all persons in your household over the past 12 months?**

*Include your own income.*

*Include money from jobs or other earnings, pensions, interest, rent, Social Security payments, and so on.*

- \$0 to \$10,000
- \$10,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$150,000
- \$150,001 or more

**139. How many years have you lived at this address?**

*Write '0' if less than 1 year.*

years at this address

**140. Is this house...**

Mark  ONE only.

- Owned or being bought by someone in this household,
- Rented by someone in this household, or
- Occupied by some other arrangement?

**141. Do you have Internet access on a cell phone?**

- No
- Yes

**142. Do you have Internet access at home on a computer or tablet?**

- No
- Yes

**143. How often do you use the Internet?**

- Everyday
- A few times a week
- A few times a month
- A few times a year
- Never

24026221



## **Thank you.**

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided.  
If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24026239





## Commonly Asked Questions

**Q: How did you get my address?**

A: Your address was randomly selected from among all of the home addresses in the nation. It was selected using scientific sampling methods to represent other households in the United States.

**Q: How did you get my child's name and age?**

A: When you returned the initial National Household Education Survey to us, we randomly chose one child to ask additional questions about. We are interested in understanding your child's experiences with care and early education.

**Q: Why should I take part in this study? Do I have to do this?**

A: You represent thousands of other households like yours, and you cannot be replaced. Your answers and opinions are very important to the success of this study. You may choose not to answer any or all questions in this survey. In order for the survey to be representative, it is important that you complete and return this questionnaire. Those who do not return the survey will not be represented in key statistics used by policymakers and researchers.

**Q: How will the information I provide be used? Will my privacy be protected?**

A: Your responses will be combined with those of others to produce statistical summaries and reports. Your individual data will not be reported. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573).

**Q: I have more than one child in my household. Will I receive additional surveys for the other children in my household?**

A: No, each household will receive a survey for only one child, even if there are multiple children living in the household. In households with multiple children, one child was randomly selected to be included in the study.

**Q: How will my response help the Department of Education?**

A: The Department of Education wants to understand the care and early education of children. This survey is the only way that the Department of Education can learn about the types of care and early learning activities children receive. Your responses will be combined with those from other households to inform educators, policymakers, schools, and universities about changes in the condition of education in the United States. Reports from past surveys can be found at [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**Q: Who is sponsoring the study?**

A: The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. This study has been approved by the Office of Management and Budget (OMB), the office that reviews all federally sponsored surveys.



# A Survey About Students' and Families' Experience with Their Schools

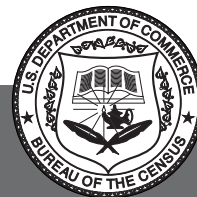
Part of the 2016 National Household Education Survey



Thank you for helping us with this survey. Based on the information we received from your household in your last survey, we're asking you to complete this final step.

Administered by

**UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE**  
Economics and Statistics Administration  
U.S. Census Bureau



**NHES-PFI**  
(07/21/2015)



---

---

## Instructions

- ◆ In response to the survey you answered earlier, we recorded that the child/youth listed below attends school. If this child is homeschooled instead of attending public or private school, or if this child has not yet started kindergarten, please call us toll-free at 1-888-840-8353 to let us know.
- ◆ These questions should be filled in by a parent or guardian who knows about:

Please answer all the survey questions thinking about this child or youth.

- ◆ To answer a question, simply mark  the box that best represents your answer.
- ◆ Please use a black or blue pen, if available, to complete this survey.
- ◆ Please return the completed survey using the postage-paid envelope provided.

---

---

The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC §9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. You do not have to provide the information requested. However, the information you provide will help the Department of Education's ongoing efforts to learn more about the educational experiences of children and families. There are no penalties should you choose not to participate in this study. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C., §9573). Your responses will be combined with those from other participants to produce summary statistics and reports.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary survey is 1850-0768. The time required to complete this survey is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, gather the data needed, and complete and review the survey. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Do not return the completed form to this address. You may send email to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.



# Child's Schooling

- ▶ Thank you for your help with the previous survey your household completed.
- ▶ Answer all the survey questions thinking about the child listed below:

**1. What is this child's current grade or year of school?**

If this child is not assigned a specific grade, mark or write the grade he/she would be in at a school with regular grades.

Child has not yet started kindergarten



Please STOP now and call 1-888-840-8353 so we can verify that you received the correct survey.

Full-day kindergarten

Partial-day kindergarten

grade (1 through 12)

**2. What type of school does this child attend?**

Private, Catholic

Private, religious but not Catholic

Private, not religious

Public school

GO TO question 5

**3. Is it his/her district-assigned school?**

A district-assigned school is the school that your local public school district told you that this child can attend, based on the location of your residence.

No

Yes

**4. Is this school a charter school?**

No

Yes

**5. Did you move to your current neighborhood so that this child could attend his/her current school?**

No

Yes

**6. Does your public school district let you choose which public school you want this child to attend?**

This may include applying to a magnet program in a public school, transferring to another public school within the district, or transferring to a public school outside of the district.

No

Yes

Don't know

**7. Did you consider other schools for this child?**

No

GO TO question 9

Yes

**8. In deciding between schools, did you seek information on the performance of the schools you were considering, like test scores, dropout rates, and so on?**

No

Yes

**9. Is the school this child attends your first choice, that is, the school you wanted most for him/her to attend?**

No

Yes

**10. Since the beginning of this school year, has this child been in the same school?**

No

Yes

**11. In which month did this child start at his/her current school this school year?**

month (1 through 12)

24036030



12. How much do you agree or disagree with the following statement:

"This child enjoys school."

- Strongly agree
- Agree
- Disagree
- Strongly disagree

13. Please tell us about this child's grades during this school year. Overall, across all subjects, what grades does this child get?

- Mostly A's
- Mostly B's
- Mostly C's
- Mostly D's or lower
- This child's school does not give these grades

14. Is he/she currently enrolled in any high school Advanced Placement (AP) classes?

*Advanced Placement is a program that offers college-level courses to high school students, with the option for students to take AP exams to earn college credit.*

- No
- Yes

15. Since the beginning of this school year, how many times have any of this child's teachers or school staff contacted your household about...

Write '0' if none.

Number

- a. Behavior problems this child is having in school . . . . .
- b. Problems this child is having with school work . . . . .
- c. Very good behavior . . . . .
- d. Very good school work. . . . .

16. Since the beginning of this school year, how many days has this child been absent from school?

days

17. Since starting kindergarten, has this child repeated any grades?

- No → **GO TO question 19**
- Yes

18. What grade or grades did he/she repeat?

Mark  all that apply.

**Elementary through Middle school**

- Kindergarten
- First grade
- Second grade
- Third grade
- Fourth grade
- Fifth grade
- Sixth grade
- Seventh grade
- Eighth grade

**High school**

- Ninth grade - freshman
- Tenth grade - sophomore
- Eleventh grade - junior
- Twelfth grade - senior

19. Has this child ever had the following experiences?

Mark  ONE box for each item below.

- |   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. An out-of-school suspension . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. An in-school suspension not counting detentions. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Been expelled from school. . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24036048



**20. How far do you expect this child to go in his/her education?**

Mark  ONE only.

- Complete less than a high school diploma
- Graduate from high school
- Attend a vocational or technical school after high school
- Attend two or more years of college
- Earn a bachelor's degree
- Earn a graduate degree or professional degree beyond a bachelor's

**21. How would you describe his/her work at school?**

Mark  ONE only.

- Excellent
- Above average
- Average
- Below average
- Failing

**22. Is this child taking any school-related courses online instead of in-person with the teacher?**

*Do not include courses that use the Internet only for selected assignments.*

- No → **GO TO question 25**
- Yes

**23. Is that instruction provided by any of the following places?**

Mark  all that apply.

- Your local public school
- Your state
- A charter school
- Another public school
- A private school
- A college, community college, or university
- Someplace else – Specify: ↴

**24. Is there a charge or fee for that instruction?**

- No
- Yes

**25. Some parents decide to educate their children at home rather than send them to a public or private school.**

**Is this child being schooled at home instead of at school for at least some classes or subjects?**

- No → **GO TO question 30**
- Yes

**26. Which of the following statements best describes your homeschooling arrangement for this child?**

- This child is homeschooled for all classes or subject areas.
- This child is homeschooled for some classes or subject areas and also attends a public or private school.
- This child is not homeschooled. This child attends a public or private school for all classes or subject areas.

**GO TO question 27**

**GO TO question 30**

**27. How many hours each week does this child usually go to a public or private school for instruction? Do not include time spent in extracurricular activities.**

*Write '0' if this child is being schooled at home instead of at school for all classes or subject areas.*

 hours

**28. There are many different reasons that parents choose to homeschool their children. Did your family choose to homeschool this child because:**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. You are concerned about the school environment, such as safety, drugs, or negative peer pressure? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. You are dissatisfied with the academic instruction at other schools? . . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. You prefer to teach this child at home so that you can provide religious instruction? . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. You prefer to teach this child at home so that you can provide moral instruction? . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. This child has a physical or mental health problem that has lasted six months or more? . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. This child has a temporary illness that prevents him/her from going to school? . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. This child has other special needs that you feel the school can't or won't meet? . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. You are interested in a nontraditional approach to children's education? . . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. You have another reason for homeschooling your child? – Specify: ↴ . . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**29. Of the reasons your family chose to homeschool this child, which one would you say is the most important to you?**

Write the letter from question 28 for the most important reason you chose to homeschool your child.

letter from question 28





## Families & School

**30. Since the beginning of this school year, has any adult in this child's household done any of the following things at this child's school?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Attended a school or class event, such as a play, dance, sports event, or science fair. . . .     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Served as a volunteer in this child's classroom or elsewhere in the school. . . . .               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Attended a general school meeting, for example, an open house, or a back-to-school night. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Attended a meeting of the parent-teacher organization or association. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Gone to a regularly scheduled parent-teacher conference with this child's teacher. . . . .        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Participated in fundraising for the school. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Served on a school committee . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Met with a guidance counselor in person. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. During this school year, how many times has any adult in the household gone to meetings or participated in activities at this child's school?**

number of times

**32. During this school year, has your family received any of the following:**

**a. Notes or emails specifically about this child from his/her teachers or school administrators?**

- No  
 Yes

**b. Newsletters, memos, emails, or notices addressed to all parents?**

- No  
 Yes

**c. Phone calls specifically about this child from his/her teachers or school administrators?**

- No  
 Yes

**33. How well has this child's school been doing the following things during this school year?**

**a. Letting you know how this child is doing in school between report cards.**

- Very well  
 Just okay  
 Not very well  
 Does not do it at all

**b. Providing information about how to help this child with homework.**

- Very well  
 Just okay  
 Not very well  
 Does not do it at all





**c. Providing information about why this child is placed in particular groups or classes.**

- Very well
- Just okay
- Not very well
- Does not do it at all

**d. Providing information on your expected role at this child's school.**

- Very well
- Just okay
- Not very well
- Does not do it at all

**e. Providing information on how to help this child plan for college or vocational school.**

- Very well
- Just okay
- Not very well
- Does not do it at all
  
- Does not apply

**34. How satisfied or dissatisfied are you with each of the following:**

**a. The school this child attends this year?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied

**b. The teachers this child has this year?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied

**c. The academic standards of the school?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied

**d. The order and discipline at the school?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied

**e. The way that school staff interacts with parents?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied



# Homework

**35. How often does this child do homework at home, at an after-school program, or somewhere else outside of school?**

- Less than once a week
- 1 to 2 days a week
- 3 to 4 days a week
- 5 or more days a week
- Never
- Child does not have homework

**GO TO  
question 42**

**36. In an average week, how many hours does this child spend on homework outside of school?**

number of hours per week

**37. How do you feel about the amount of homework this child is assigned?**

- The amount is about right
- It's too much
- It's too little

**38. How does this child feel about the amount of homework he or she is assigned?**

- The amount is about right
- It's too much
- It's too little

**39. Is there a place in your home that is set aside for this child to do homework?**

- No
- Yes
- Child does not do homework at home

**40. How often does any adult in your household check to see that this child's homework is done?**

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Always

**41. During this school year, about how many days in an average week does anyone in your household help this child with his/her homework?**

- Less than once a week
- 1 to 2 days a week
- 3 to 4 days a week
- 5 or more days a week
- Never



## Family Activities

**42. In the past week, has anyone in your family done the following things with this child?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Told him/her a story (Do not include reading to this child.) . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Done activities like arts and crafts, coloring, painting, pasting, or using clay. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Played board games or did puzzles with him/her . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Worked on a project like building, making, or fixing something. . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Played sports, active games, or exercised together. . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Discussed with him/her how to manage time. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Talked with him/her about the family's history or ethnic heritage. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**43. In the past week, how many days has your family eaten the evening meal together?**

Write '0' if none.

days

**44. In the past month, has anyone in your family done the following things with this child?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Visited a library . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Visited a bookstore . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gone to a play, concert, or other live show . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visited an art gallery, museum, or historical site . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visited a zoo or aquarium . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Attended an event sponsored by a community, religious, or ethnic group . . . . .                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Attended an athletic or sporting event outside of school in which this child was not a player . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Child's Health

45. In general, how would you describe this child's health?

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

46. Has a health or education professional told you that this child has any of the following conditions?

Mark  ONE box for each item below.

|   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. An intellectual disability (mental retardation) . . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A speech or language impairment . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A serious emotional disturbance . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Deafness or another hearing impairment . . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Blindness or another visual impairment not corrected with glasses. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. An orthopedic impairment. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autism. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Pervasive Developmental Disorder (PDD). . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Attention Deficit Disorder, ADD or ADHD . . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. A specific learning disability. . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. A developmental delay. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Traumatic brain injury . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Another health impairment lasting 6 months or more. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Did you mark yes to any condition in question 46?

- No → **GO TO question 55**
- Yes

48. Is this child receiving services for his/her condition?

- No → **GO TO question 53**
- Yes

49. Are these services provided by any of the following sources?

Mark  ONE box for each item below.

|  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Your local school district . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A state or local health or social service agency. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A doctor, clinic, or other health care provider. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. This child's <u>private</u> school. . . . .               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. Are any of these services provided through an Individualized Education Program (IEP) or services plan?

- No → **GO TO question 53**
- Yes

51. Did any adult in your household work with the service provider or school to develop or change this child's IEP or services plan?

- No
- Yes

24036113



**52. During this school year, how satisfied or dissatisfied have you been with the following aspects of this child's IEP or services plan?**

**a. The service provider's or school's communication with your family?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**b. The child's special needs teacher or therapist?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**c. The service provider's or school's ability to accommodate this child's special needs?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**d. The service provider's or school's commitment to help this child learn?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**53. Is this child currently enrolled in any special education classes or services?**

- No
- Yes

**54. Does this child's condition interfere with his/her ability to do any of the following things?**

Mark  ONE box for each item below.

|   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Learn . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participate in sports, clubs, or other organized activities. . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Attend school on a regular basis . . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Make friends . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24036121



## Child's Background

55. In what month and year was this child born?

|  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

month                      year

56. Where was this child born?

One of the 50 United States or the District of Columbia

↳ **GO TO question 58**

One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa,  
U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)

Another country

57. How old was this child when he/she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

age

58. Is this child of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

No

Yes

59. What is this child's race? You may mark one or more races.

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

60. What is this child's sex?

Male

Female

61. Does this child live at this address and another address (for example, because of a joint custody arrangement)?

Do not include vacation properties.

No → **GO TO question 63**

Yes

62. If yes, does this child...

spend most time at this address?

spend most time at another address?

spend equal time at both addresses?

63. What language does this child speak most at home?

Mark  ONE only.

Child is not able to speak

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

64. Is this child currently enrolled in English as a second language, bilingual education, or an English immersion program?

No

Yes

**GO TO question 65**



# Household Members

**65. How many people live in this household?**

Include adults and children who are temporarily away from home (for example, living in college housing) if they have no other permanent home.

people

**66. How many of the following people live in this household with this child?**

Do not include this child in your answer.

Example: Brother(s)

Write '0' if none.

| This child's...  | Number               |
|--|----------------------|
| a. Brother(s) . . . . .                                | <input type="text"/> |
| b. Sister(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| c. Mother (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| d. Father (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| e. Aunt(s) . . . . .                                   | <input type="text"/> |
| f. Uncle(s) . . . . .                                  | <input type="text"/> |
| g. Grandmother(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| h. Grandfather(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| i. Cousin(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| j. Parent's girlfriend/boyfriend/partner . . . . .     | <input type="text"/> |
| k. Other relative(s) . . . . .                         | <input type="text"/> |
| l. Other non-relative(s) . . . . .                     | <input type="text"/> |

**67. How are you related to this child?**

Mark  ONE only.

- Mother (birth, adoptive, step, or foster)
- Father (birth, adoptive, step, or foster)
- Aunt
- Uncle
- Grandmother
- Grandfather
- Parent's girlfriend/boyfriend/partner
- Other relationship – Specify:

**68. Which language(s) are spoken at home by the adults in this household?**

Mark  all that apply.

- English
- Spanish or Spanish Creole
- French (including Patois, Creole, Cajun)
- Chinese
- Other languages – Specify:

24036147



## Child's Family

### PARENT 1 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 69 to 89 about yourself if you are the child's parent or guardian.

If you are not the child's parent or guardian, answer questions 69 to 89 about one of this child's parents or guardians living in the household.

#### 69. Is this parent or guardian the child's...

- Biological parent
- Adoptive parent
- Stepparent
- Foster parent
- Grandparent
- Other guardian

#### 70. Is this person male or female?

- Male
- Female

#### 71. What is this person's current marital status?

Mark  ONE only.

- Now married → **GO TO question 73**
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Never married

#### 72. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

- No
- Yes

#### 73. What was the first language this parent or guardian learned to speak?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 78**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 74. What language does this person speak most at home now?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 78**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 75. How difficult is it for this person to participate in activities at this child's school because he/she speaks a language other than English?

- Very difficult
- Somewhat difficult
- Not at all difficult

#### 76. Does the school have interpreters who speak this person's native language for meetings or parent-teacher conferences?

- No
- Yes

#### 77. Does the school have written materials, such as newsletters or school notices, that are translated into this person's native language?


- No
- Yes





**78. Where was this parent or guardian born?**

One of the 50 United States or the District of Columbia

 **GO TO question 80**

One of the U.S. territories  
(*Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands*)

Another country

**79. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?**

age

**80. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?**

No

Yes

**81. What is this person's race? You may mark one or more races.**

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

**82. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?**

Mark  **ONE** only.

8th grade or less

High school, but no diploma

High school diploma or equivalent (GED)

Vocational diploma after high school

Some college, but no degree

Associate's degree (AA, AS)

Bachelor's degree (BA, BS)

Some graduate or professional education, but no degree

Master's degree (MA, MS)

Doctorate degree (PhD, EdD)

Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)

**83. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?**

No

Yes



84. Which of the following best describes this person's employment status?

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
- Self-employed
- Unemployed or out of work → **GO TO question 86**
- Full-time student
- Stay at home parent
- Retired
- Disabled or unable to work

**GO TO question 87**

85. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?

→ **GO TO question 87**

hours

86. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?

- No
- Yes

87. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?

months

88. How old is this person?

age

89. How old was this person when he or she first became a parent to any child?

age

- Don't know

## PARENT 2 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 90 to 111 about a second parent or guardian living in the household.

90. Is there a second parent or guardian living in this household?

- No → **GO TO question 112**
- Yes

91. Is this person the child's...

- Biological parent
- Adoptive parent
- Stepparent
- Foster parent
- Grandparent
- Other guardian

92. Is this person male or female?

- Male
- Female

93. What is this person's current marital status?

Mark  ONE only.

- Now married → **GO TO question 95**
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Never married

94. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

- No
- Yes



95. What was the **first** language this parent or guardian learned to speak?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 100**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

96. What language does this person speak most at home **now**?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 100**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

97. How difficult is it for this person to participate in activities at this child's school because he/she speaks a language other than English?

- Very difficult
- Somewhat difficult
- Not at all difficult

98. Does the school have interpreters who speak this person's native language for meetings or parent-teacher conferences?

- No
- Yes

99. Does the school have written materials, such as newsletters or school notices, that are translated into this person's native language?

- No
- Yes

100. Where was this parent or guardian born?

- One of the 50 United States or the District of Columbia

↳ **GO TO question 102**

- One of the U.S. territories (*Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands*)
- Another country

101. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

age

102. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

- No
- Yes

103. What is this person's race? You may mark one or more races.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White



**104. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?**

Mark  ONE only.

- 8th grade or less
- High school, but no diploma
- High school diploma or equivalent (GED)
- Vocational diploma after high school
- Some college, but no degree
- Associate's degree (AA, AS)
- Bachelor's degree (BA, BS)
- Some graduate or professional education, but no degree
- Master's degree (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)

**105. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?**

- No
- Yes

**106. Which of the following best describes this person's employment status?**

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
- Self-employed
- Unemployed or out of work → **GO TO question 108**
- Full-time student
- Stay at home parent
- Retired
- Disabled or unable to work

**107. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?**

→ **GO TO question 109**  
hours

**108. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?**

- No
- Yes

**109. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?**

months

**110. How old is this person?**

age

**111. How old was this person when he or she first became a parent to any child?**

age

Don't know



## Your Household

**112. In the past 12 months, did your family ever receive benefits from any of the following programs?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Your state welfare or family assistance program. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Women, Infants, and Children, or WIC . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Food Stamps. . . . .                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP). . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Section 8 housing assistance. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**113. Which category best fits the total income of all persons in your household over the past 12 months?**

*Include your own income.*

*Include money from jobs or other earnings, pensions, interest, rent, Social Security payments, and so on.*

- \$0 to \$10,000
- \$10,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$150,000
- \$150,001 or more

**114. How many years have you lived at this address?**

*Write '0' if less than 1 year.*

years at this address

**115. Is this house...**

Mark  ONE only.

- Owned or being bought by someone in this household,
- Rented by someone in this household, or
- Occupied by some other arrangement?

**116. Do you have Internet access on a cell phone?**

- No
- Yes

**117. Do you have Internet access at home on a computer or tablet?**

- No
- Yes

**118. How often do you use the Internet?**

- Everyday
- A few times a week
- A few times a month
- A few times a year
- Never

24036204



**119. We would like to identify this child's school so we can include information about the school in our study.**

**Using the list of schools below, mark  the box next to the school this child attends. If this child's school is not in this list, GO TO question 120.**

|                          | <b>School Name</b><br>▼ | <b>Address</b><br>▼ | <b>City</b><br>▼ |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |
| <input type="checkbox"/> |                         |                     |                  |

24036212





If you found and marked this child's school in the list provided in question 119, then **SKIP** this question and return your survey in the postage-paid envelope. Otherwise, continue with question 120.

**120. To help us identify the school this child attends, write the name and address of this child's school in the spaces below.**

Please use block or capital letters, for example:

S C H O O L

**a. School name**

SCHOOL NAME

**b. School street address**

NUMBER AND STREET ADDRESS

**c. School city**

CITY

**d. School state**

STATE

**e. School zip code**

ZIP

24036220



## **Thank you.**

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided.  
If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24036238





## Commonly Asked Questions

**Q: How did you get my address?**

A: Your address was randomly selected from among all of the home addresses in the nation. It was selected using scientific sampling methods to represent other households in the United States.

**Q: How did you get my child's name and grade?**

A: When you returned the initial National Household Education Survey to us, we randomly chose one child to ask additional questions about. We are interested in understanding your child's experiences with schooling.

**Q: Why should I take part in this study? Do I have to do this?**

A: You represent thousands of other households like yours, and you cannot be replaced. Your answers and opinions are very important to the success of this study. You may choose not to answer any or all questions in this survey. In order for the survey to be representative, it is important that you complete and return this questionnaire. Those who do not return the survey will not be represented in key statistics used by policymakers and researchers.

**Q: How will the information I provide be used? Will my privacy be protected?**

A: Your responses will be combined with those of others to produce statistical summaries and reports. Your individual data will not be reported. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573).

**Q: I have more than one child in my household. Will I receive additional surveys for the other children in my household?**

A: No, each household will receive a survey for only one child, even if there are multiple children living in the household. In households with multiple children, one child was randomly selected to be included in the study.

**Q: How will my response help the Department of Education?**

A: The Department of Education wants to understand the condition of education in the United States. This survey is the only way that the Department of Education can learn about schooling from your perspective. Your responses will be combined with those from other households to inform educators, policymakers, schools, and universities about changes in the condition of education in the United States. Reports from past surveys can be found at [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**Q: Who is sponsoring the study?**

A: The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. This study has been approved by the Office of Management and Budget (OMB), the office that reviews all federally sponsored surveys.



# A Survey About Homeschooling in America

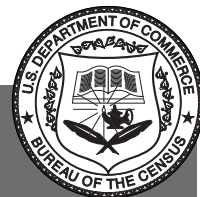
Part of the 2016 National Household Education Survey



Thank you for helping us with this survey. Based on the information we received from your household in your last survey, we're asking you to complete this final step.

Administered by

**UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE**  
**Economics and Statistics Administration**  
**U.S. Census Bureau**



**NHES-PFIHS**  
(07/20/2015)

24236010



---

---

## Instructions

- ◆ In response to the survey you answered earlier, we recorded that the child/youth listed below is currently homeschooled for at least some classes. If this child attends public or private school instead of homeschooling, or is not homeschooled for kindergarten through 12th grade or equivalent, please call us toll-free at 1-888-840-8353 to let us know.
- ◆ These questions should be filled in by a parent or guardian who knows about:

Please answer all the survey questions thinking about this child or youth.

- ◆ To answer a question, simply mark  the box that best represents your answer.
- ◆ Please use a black or blue pen, if available, to complete this survey.
- ◆ Please return the completed survey using the postage-paid envelope provided.

---

---

The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC §9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. You do not have to provide the information requested. However, the information you provide will help the Department of Education's ongoing efforts to learn more about the educational experiences of children and families. There are no penalties should you choose not to participate in this study. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C., §9573). Your responses will be combined with those from other participants to produce summary statistics and reports.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary survey is 1850-0768. The time required to complete this survey is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, gather the data needed, and complete and review the survey. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Do not return the completed form to this address. You may send email to NHES@census.gov. If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.

24236028



## Child's Homeschooling

- ▶ Thank you for your help with the previous survey your household completed.
- ▶ Answer all the survey questions thinking about the child listed below:

1. Who is the person that mainly provides this child's home instruction?

- Mother
- Father
- Grandparent
- Brother/sister
- Another person

↳ Who is that?

2. Is any of this child's home instruction provided by a private tutor or teacher?

- No
- Yes

3. Is any of this child's instruction provided by a local homeschooling group or co-op?

- No
- Yes

4. Does this child attend a public or private school or a college or university for instruction?

- No → **GO TO question 7**
- Yes

5. What type of school(s) does this child attend?

Mark  all that apply.

- Public school (K - 12)
- Private school (K - 12)
- College, community college, or university

6. How many hours each week does this child usually go to a school for instruction? Do not include time spent in extracurricular activities.

hours



7. What grade or year would this child be in if he/she was attending school?

Mark  ONE only.

Kindergarten

Grade (1 through 12)

8. These next questions ask you to estimate the amount of time you homeschool this child.

a. How many days each week is this child homeschooled?

days each week

b. About how many total hours each week is he/she homeschooled?

hours per week

9. Since September, has this child participated in activities with other children who are homeschooled?

No

Yes

10. Which of the following statements best describes the teaching style used to homeschool this child?

Mark  ONE only.

We strictly follow a formal curriculum.

We mostly follow a formal curriculum, but also use informal learning (i.e. child-led learning, "teaching moments").

We mostly use informal learning, but sometimes use a formal curriculum.

We always use informal learning, and never follow a formal curriculum.

11. Thinking about sources of curriculum or books you use to homeschool this child, please tell us about all the sources that apply to you.

Since September, have you used materials from...

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. A public library? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A homeschooling catalog, publisher, or individual who specializes in homeschooling materials? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Another educational publisher? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. A homeschooling organization? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. A church, synagogue, or other religious organization? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Your local public school or school district? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. A private school? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. A bookstore or other store (including online)? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Websites, excluding retailers? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Other source — Specify:  . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. In the past year, have you or another family member taken any courses, either online or in-person, to help you prepare your child's home instruction?

- No
- Yes, both online and in-person
- Yes, online only
- Yes, in-person only

24236044



13. Some homeschooled children take courses over the Internet taught by people outside the household. Is this child receiving any instruction this way?

- No → **GO TO question 16**
- Yes

14. Is that instruction provided by any of the following places?

Mark  all that apply.

- Your local public school
- Your state
- A charter school
- Another public school
- A private school
- A college, community college, or university
- Someplace else – Specify: 

15. Is there a charge or fee for that instruction?

- No
- Yes

16. Thinking about typical grade levels, for which grades was this child schooled at home for at least some classes or subjects?

Mark  all that apply.

Include the current year.

**Elementary through Middle School**

- Kindergarten (Including transitional K and Pre-first grade)
- First grade
- Second grade
- Third grade
- Fourth grade
- Fifth grade
- Sixth grade
- Seventh grade
- Eighth grade

**High School**

- Ninth grade - *freshman*
- Tenth grade - *sophomore*
- Eleventh grade - *junior*
- Twelfth grade - *senior*



**17. There are many different reasons that parents choose to homeschool their children. Did your family choose to homeschool this child because:**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. You are concerned about the school environment, such as safety, drugs, or negative peer pressure? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. You are dissatisfied with the academic instruction at other schools? . . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. You prefer to teach this child at home so that you can provide religious instruction? . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. You prefer to teach this child at home so that you can provide moral instruction? . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. This child has a physical or mental health problem that has lasted six months or more? . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. This child has a temporary illness that prevents him/her from going to school? . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. This child has other special needs that you feel the school can't or won't meet? . . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. You are interested in a nontraditional approach to children's education? . . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. You have another reason for homeschooling your child? . . . . .<br>Specify: ↴                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Of the reasons your family chose to homeschool this child, which one would you say is the most important to you?**

Write the letter from question 17 for the most important reason you chose to homeschool your child.

 letter from question 17

**19. How far do you expect this child to go in his/her education?**

Mark  ONE only.

- Complete less than a high school diploma
- Graduate from high school
- Attend a vocational or technical school after high school
- Attend two or more years of college
- Earn a bachelor's degree
- Earn a graduate degree or professional degree beyond a bachelor's



**20. Thinking about all years this child has been homeschooled, which of the following subject areas has this child been taught during his or her home instruction?**

Mark  all that apply.

- Art
- Music
- Arithmetic
- Basic algebra (Algebra I)
- Advanced algebra (Algebra II)
- Geometry
- Calculus
- Probability
- Scientific inquiry or experiments
- Earth sciences or geology
- Biology
- Chemistry or physics
- Geography
- Basic reading/ reading skills
- Spelling
- English or literature
- Computer science (e.g., computer programming)
- Social science, history, social studies
- Foreign language
- Physical education or gym
- Health

**21. Which of the following subject areas are being taught to this child now?**

Mark  all that apply.

- Art
- Music
- Arithmetic
- Basic algebra (Algebra I)
- Advanced algebra (Algebra II)
- Geometry
- Calculus
- Probability
- Scientific inquiry or experiments
- Earth sciences or geology
- Biology
- Chemistry or physics
- Geography
- Basic reading/ reading skills
- Spelling
- English or literature
- Computer science (e.g., computer programming)
- Social science, history, social studies
- Foreign language
- Physical education or gym
- Health

24236077





## Family Activities

22. **In the past week, has anyone in your family done the following things with this child?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Told him/her a story (Do not include reading to this child.) . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Done activities like arts and crafts, coloring, painting, pasting, or using clay. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Played board games or did puzzles with him/her . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Worked on a project like building, making, or fixing something. . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Played sports, active games, or exercised together. . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Discussed with him/her how to manage time. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Talked with him/her about the family's history or ethnic heritage. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. **In the past week, how many days has your family eaten the evening meal together?**

Write '0' if none.

days

24. **In the past month, has anyone in your family done the following things with this child?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Visited a library . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Visited a bookstore . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gone to a play, concert, or other live show . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Visited an art gallery, museum, or historical site . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Visited a zoo or aquarium . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Attended an event sponsored by a community, religious, or ethnic group . . . . .                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Attended an athletic or sporting event outside of school in which this child was not a player . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. **Does your family participate in the activities or meetings of a local homeschooling association, co-op, or other local homeschool group?**

No → **GO TO question 27**

Yes

26. **Since September, how many times has your family gone to meetings or participated in the activities of a local homeschooling association, co-op, or other local homeschool group?**

number of times

27. **Is your family or someone in your household a member of a national homeschooling organization?**

No

Yes



# Child's Health

28. In general, how would you describe this child's health?

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

29. Has a health or education professional told you that this child has any of the following conditions?

Mark  ONE box for each item below.

|   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. An intellectual disability (mental retardation) . . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A speech or language impairment . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A serious emotional disturbance . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Deafness or another hearing impairment . . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Blindness or another visual impairment not corrected with glasses. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. An orthopedic impairment. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autism. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Pervasive Developmental Disorder (PDD). . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Attention Deficit Disorder, ADD or ADHD . . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. A specific learning disability. . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. A developmental delay. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Traumatic brain injury . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Another health impairment lasting 6 months or more. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Did you mark yes to any condition in question 29?

No → **GO TO question 38**

Yes

31. Is this child receiving services for his/her condition?

No → **GO TO question 36**

Yes

32. Are these services provided by any of the following sources?

Mark  ONE box for each item below.

|  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Your local school district . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. A state or local health or social service agency. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A doctor, clinic, or other health care provider. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. This child's <u>private</u> school . . . . .              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Are any of these services provided through an Individualized Education Program (IEP) or services plan?

No → **GO TO question 36**

Yes

34. Did any adult in your household work with the service provider or school to develop or change this child's IEP or services plan?

No

Yes

24236093



**35. Since September, how satisfied or dissatisfied have you been with the following aspects of this child's IEP or services plan?**

**a. The service provider's or school's communication with your family?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**b. The child's special needs teacher or therapist?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**c. The service provider's or school's ability to accommodate this child's special needs?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**d. The service provider's or school's commitment to help this child learn?**

- Very satisfied
- Somewhat satisfied
- Somewhat dissatisfied
- Very dissatisfied
- Does not apply

**36. Is this child currently enrolled in any special education classes or services?**

- No
- Yes

**37. Does this child's condition interfere with his/her ability to do any of the following things?**

Mark  ONE box for each item below.

|   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Learn . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participate in sports, clubs, or other organized activities. . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Attend school on a regular basis . . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Make friends . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24236101



## Child's Background

38. In what month and year was this child born?

|  |  |   |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
|  |  | / |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

month                      year

39. Where was this child born?

One of the 50 United States or the District of Columbia

↳ **GO TO question 41**

One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa,  
U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)

Another country

40. How old was this child when he/she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

age

41. Is this child of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

No

Yes

42. What is this child's race? You may mark one or more races.

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

43. What is this child's sex?

Male

Female

44. Does this child live at this address and another address (for example, because of a joint custody arrangement)?

Do not include vacation properties.

No → **GO TO question 46**

Yes

45. If yes, does this child...

spend most time at this address?

spend most time at another address?

spend equal time at both addresses?

46. What language does this child speak most at home?

Mark  ONE only.

Child is not able to speak

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

47. Is this child currently enrolled in English as a second language, bilingual education, or an English immersion program?

No

Yes

**GO TO question 48**

24236119



# Household Members

## 48. How many people live in this household?

Include adults and children who are temporarily away from home (for example, living in college housing) if they have no other permanent home.

people

## 49. How many of the following people live in this household with this child?

Do not include this child in your answer.

Example: Brother(s)

Write '0' if none.

| This child's...  | Number               |
|--|----------------------|
| a. Brother(s) . . . . .                                | <input type="text"/> |
| b. Sister(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| c. Mother (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| d. Father (birth, adoptive, step, or foster) . . . . . | <input type="text"/> |
| e. Aunt(s) . . . . .                                   | <input type="text"/> |
| f. Uncle(s) . . . . .                                  | <input type="text"/> |
| g. Grandmother(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| h. Grandfather(s) . . . . .                            | <input type="text"/> |
| i. Cousin(s) . . . . .                                 | <input type="text"/> |
| j. Parent's girlfriend/boyfriend/partner . . . . .     | <input type="text"/> |
| k. Other relative(s) . . . . .                         | <input type="text"/> |
| l. Other non-relative(s) . . . . .                     | <input type="text"/> |

## 50. How are you related to this child?

Mark  ONE only.

- Mother (birth, adoptive, step, or foster)
- Father (birth, adoptive, step, or foster)
- Aunt
- Uncle
- Grandmother
- Grandfather
- Parent's girlfriend/boyfriend/partner
- Other relationship – Specify:

## 51. Which language(s) are spoken at home by the adults in this household?

Mark  all that apply.

- English
- Spanish or Spanish Creole
- French (including Patois, Creole, Cajun)
- Chinese
- Other languages – Specify:

24236127



## Child's Family

### PARENT 1 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 52 to 69 about yourself if you are the child's parent or guardian.

If you are not the child's parent or guardian, answer questions 52 to 69 about one of this child's parents or guardians living in the household.

#### 52. Is this parent or guardian the child's...

- Biological parent
- Adoptive parent
- Stepparent
- Foster parent
- Grandparent
- Other guardian

#### 53. Is this person male or female?

- Male
- Female

#### 54. What is this person's current marital status?

Mark  ONE only.

- Now married → **GO TO question 56**
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Never married

#### 55. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

- No
- Yes

#### 56. What was the first language this parent or guardian learned to speak?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 58**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 57. What language does this person speak most at home now?

Mark  ONE only.

- English
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

#### 58. Where was this parent or guardian born?

- One of the 50 United States or the District of Columbia  
↳ **GO TO question 60**
- One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)
- Another country

#### 59. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

age

#### 60. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

- No
- Yes



61. What is this person's race? You may mark one or more races.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

62. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?

Mark  ONE only.

- 8th grade or less
- High school, but no diploma
- High school diploma or equivalent (GED)
- Vocational diploma after high school
- Some college, but no degree
- Associate's degree (AA, AS)
- Bachelor's degree (BA, BS)
- Some graduate or professional education, but no degree
- Master's degree (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)

63. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?

- No
- Yes

64. Which of the following best describes this person's employment status?

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
- Self-employed
- Unemployed or out of work → **GO TO question 66**
- Full-time student
- Stay at home parent
- Retired
- Disabled or unable to work

65. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?

→ **GO TO question 67**  
hours

66. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?

- No
- Yes

67. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?

months

24236143



68. How old is this person?

age

69. How old was this person when he or she first became a parent to any child?

age

Don't know

## PARENT 2 LIVING IN HOUSEHOLD

Answer questions 70 to 88 about a second parent or guardian living in the household.

70. Is there a second parent or guardian living in this household?

No → **GO TO question 89**

Yes

71. Is this person the child's...

Biological parent

Adoptive parent

Stepparent

Foster parent

Grandparent

Other guardian

72. Is this person male or female?

Male

Female

73. What is this person's current marital status?

Mark  ONE only.

Now married → **GO TO question 75**

Widowed

Divorced

Separated

Never married

74. Is this person currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

No

Yes

24236150





75. What was the **first** language this parent or guardian learned to speak?

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 77**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

76. What language does this person speak most at home **now**?

Mark  ONE only.

- English
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

77. Where was this parent or guardian born?

One of the 50 United States or the District of Columbia

↳ **GO TO question 79**

One of the U.S. territories  
(Puerto Rico, Guam, American Samoa,  
U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands)

Another country

78. How old was this person when he or she first moved to the 50 United States or the District of Columbia?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

age

79. Is this person of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

- No
- Yes

80. What is this person's race? You may mark one or more races.

- American Indian or Alaska Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or other Pacific Islander
- White

81. What is the highest grade or level of school that this parent or guardian completed?

Mark  ONE only.

- 8th grade or less
- High school, but no diploma
- High school diploma or equivalent (GED)
- Vocational diploma after high school
- Some college, but no degree
- Associate's degree (AA, AS)
- Bachelor's degree (BA, BS)
- Some graduate or professional education, but no degree
- Master's degree (MA, MS)
- Doctorate degree (PhD, EdD)
- Professional degree beyond bachelor's degree (MD, DDS, JD, LLB)



82. Is he or she currently attending or enrolled in a school, college, university, or adult learning center, or receiving vocational education or job training?

- No
- Yes

83. Which of the following best describes this person's employment status?

Mark  ONE only.

- Employed for pay or income
  - Self-employed
  - Unemployed or out of work → **GO TO question 85**
  - Full-time student
  - Stay at home parent
  - Retired
  - Disabled or unable to work
- } **GO TO question 86**

84. (If employed or self-employed) About how many hours per week does he or she usually work for pay or income, counting all jobs?

→ **GO TO question 86**  
hours

85. (If unemployed or out of work) Has this parent or guardian been actively looking for work in the past 4 weeks?

- No
- Yes

86. In the past 12 months, how many months (if any) has this person worked for pay or income?

months

87. How old is this person?

age

88. How old was this person when he or she first became a parent to any child?

age

- Don't know



## Your Household

**89. In the past 12 months, did your family ever receive benefits from any of the following programs?**

Mark  ONE box for each item below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Temporary Assistance for Needy Families, or TANF. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Your state welfare or family assistance program. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Women, Infants, and Children, or WIC . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Food Stamps. . . . .                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP). . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Section 8 housing assistance. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**90. Which category best fits the total income of all persons in your household over the past 12 months?**

*Include your own income.*

*Include money from jobs or other earnings, pensions, interest, rent, Social Security payments, and so on.*

- \$0 to \$10,000
- \$10,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$150,000
- \$150,001 or more

**91. How many years have you lived at this address?**

*Write '0' if less than 1 year.*

years at this address

**92. Is this house...**

Mark  ONE only.

- Owned or being bought by someone in this household,
- Rented by someone in this household, or
- Occupied by some other arrangement?

**93. Do you have Internet access on a cell phone?**

- No
- Yes

**94. Do you have Internet access at home on a computer or tablet?**

- No
- Yes

**95. How often do you use the Internet?**

- Everyday
- A few times a week
- A few times a month
- A few times a year
- Never

24236184



## **Thank you.**

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided.  
If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24236192



## Commonly Asked Questions

**Q: How did you get my address?**

A: Your address was randomly selected from among all of the home addresses in the nation. It was selected using scientific sampling methods to represent other households in the United States.

**Q: How did you get my child's name and age?**

A: When you returned the initial National Household Education Survey to us, we randomly chose one child to ask additional questions about. We are interested in understanding your child's experiences with homeschooling.

**Q: Why should I take part in this study? Do I have to do this?**

A: You represent thousands of other households like yours, and you cannot be replaced. Your answers and opinions are very important to the success of this study. You may choose not to answer any or all questions in this survey. In order for the survey to be representative, it is important that you complete and return this questionnaire. Those who do not return the survey will not be represented in key statistics used by policymakers and researchers.

**Q: How will the information I provide be used? Will my privacy be protected?**

A: Your responses will be combined with those of others to produce statistical summaries and reports. Your individual data will not be reported. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573).

**Q: I have more than one child in my household. Will I receive additional surveys for the other children in my household?**

A: No, each household will receive a survey for only one child, even if there are multiple children living in the household. In households with multiple children, one child was randomly selected to be included in the study.

**Q: How will my response help the Department of Education?**

A: The Department of Education wants to understand the condition of education in the United States. This survey is the only way that the Department of Education can learn about homeschooling from your perspective. It is the Department of Education's primary source of information on homeschooling in America. Your responses will be combined with those from other households to inform educators, policymakers, schools, and universities about changes in the condition of education in the United States. Reports from past surveys can be found at [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**Q: Who is sponsoring the study?**

A: The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. This study has been approved by the Office of Management and Budget (OMB), the office that reviews all federally sponsored surveys.



# Adult Training and Education Survey

## Part of the 2016 National Household Education Survey



Thank you for helping us with this survey. Based on the information we received from your household in your last survey, we're asking you to complete this final step.

Administered by

**UNITED STATES DEPARTMENT OF COMMERCE**  
Economics and Statistics Administration  
U.S. Census Bureau



**NHES-ATES**  
(07/20/2015)



---

---

## Instructions

- ◆ In response to the survey you answered earlier, we recorded that the person listed below is between the ages of 16 to 65, is not in high school, and lives in this household. If this information is not correct, please call us toll-free at 1-888-840-8353 to let us know.
- ◆ These questions should be filled out by:

No one else in the household should fill out the survey.

- ◆ To answer a question, simply mark  the box that best represents your answer.
- ◆ Please use a black or blue pen, if available, to complete this survey.
- ◆ Please return the completed survey using the postage-paid envelope provided.

---

---

The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. You do not have to provide the information requested. However, the information you provide will help the Department of Education's ongoing efforts to learn more about the educational experiences of children and families. There are no penalties should you choose not to participate in this study. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573). Your responses will be combined with those from other participants to produce summary statistics and reports.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary survey is 1850-0768. The time required to complete this survey is estimated to average 10 minutes per response, including the time to review instructions, gather the data needed, and complete and review the survey. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006. Do not return the completed form to this address. You may send email to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.



# Education

## 1. What is the highest degree or level of school you have completed?


Mark  ONE only.

- Elementary or high school, but no high school diploma or GED®
- High school diploma
- GED® or alternative high school credential
- Some college credit but less than one year of college credit
- 1 or more years of college credit, no degree
- Associate's degree (for example, AA, AS)
- Bachelor's degree (for example, BA, BS)
- Master's degree (for example, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Professional degree beyond a bachelor's degree (for example, MD, DDS, DVM, LLB, JD)
- Doctorate degree (for example, PhD, EdD)

## 2. Which one of the following best describes the field of study for the highest level of school you have completed?

Mark  ONE only.

If there was more than one, please choose the one you consider most important.

- General studies, no major, or undeclared major
- Accounting, finance, insurance, or real estate
- Administrative support
- Agriculture
- Audio, broadcasting, multimedia, or graphic technologies
- Business management, administration, or marketing
- Communications or journalism
- Computer science or information technology
- Construction, repair, manufacturing, or transportation
- Cosmetology
- Education
- Engineering or architecture
- English language or literature
- Fine arts or music
- Healthcare
- Law or legal studies
- Law enforcement, security, or firefighting
- Liberal arts
- Psychology
- Religious vocations or theology
- Science or mathematics
- Social or human services or public administration
- Social sciences, political science, economics, or history
- Other — Specify: 





## Certifications and Licenses

3. Are you currently enrolled at a college, university, technical or trade school, or other school?

- No
- Yes, as a part-time student
- Yes, as a full-time student

4. Since leaving high school, have you taken any classes to learn English as a second language, sometimes called ESL or ESOL classes?

- No
- Yes

5. Since leaving high school, have you taken any literacy classes to help improve your reading? Do not include college-level classes.

- No
- Yes

6. Do you have a currently active professional certification or a state or industry license? Do not include business licenses, such as a liquor license or vending license.

*A professional certification or license shows you are qualified to perform a specific job and includes things like Licensed Realtor, Certified Medical Assistant, Certified Teacher, or an IT certification.*

- No → **GO TO question 30**
- Yes

7. If yes, how many currently active certifications and licenses do you have?

*If you had to get a certification in order to get a license, count each certification and license separately.*

number of certifications and licenses

8. The next few questions ask about the certification and license that you consider to be your most important. What is the name of your most important certification or license?

9. What kind of work is your most important certification or license for?



**10. Is your most important certification or license required by a federal, state, or local government agency (such as a state board) in order to do that kind of work?**

- No  
 Yes  
 Don't know

**11. Can your most important certification or license be revoked or suspended for any reason?**

- No  
 Yes  
 Don't know

**12. In what year did you first get your most important certification or license?**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**13. Did you prepare for getting your most important certification or license by...**

Mark  ONE box for EACH ITEM below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. taking classes from a college, technical school, or trade school? . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. taking classes or training from a company, association, union, or private instructor? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. studying on your own using textbooks or online resources? . . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**14. Is your most important certification or license for your current job?**

- Not applicable, not currently working  
 No  
 Yes

**15. How useful has your most important certification or license been for each of the following?**

**a. Getting a job**

- Not useful  
 Somewhat useful  
 Very useful  
 Too soon to tell

**b. Keeping a job**

- Not useful  
 Somewhat useful  
 Very useful  
 Too soon to tell

**c. Keeping you marketable to employers or clients**

- Not useful  
 Somewhat useful  
 Very useful  
 Too soon to tell

**d. Improving your work skills**

- Not useful  
 Somewhat useful  
 Very useful  
 Too soon to tell

**16. Do you have another currently active certification or license?**

- No → **GO TO question 30**  
 Yes

**17. If yes, what is the name of your second-most important certification or license?**

|  |
|--|
|  |
|--|



**18. What kind of work is your second-most important certification or license for?**

**19. Is your second-most important certification or license required by a federal, state, or local government agency (such as a state board) in order to do that kind of work?**

- No
- Yes
- Don't know

**20. Can your second-most important certification or license be revoked or suspended for any reason?**

- No
- Yes
- Don't know

**21. In what year did you first get your second-most important certification or license?**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**22. Did you prepare for getting your second-most important certification or license by...**

Mark  ONE box for EACH ITEM below.

- |  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. taking classes from a college, technical school, or trade school? . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. taking classes or training from a company, association, union, or private instructor? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. studying on your own using textbooks or online resources? . . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. Is your second-most important certification or license for your current job?**

- Not applicable, not currently working
- No
- Yes

**24. How useful has your second-most important certification or license been for each of the following?**

**a. Getting a job**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**b. Keeping a job**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**c. Keeping you marketable to employers or clients**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**d. Improving your work skills**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

24046062



25. Do you have another currently active certification or license?

No → **GO TO question 30**

Yes

26. If yes, what is the name of your third-most important certification or license?

27. What kind of work is your third-most important certification or license for?

28. Is your third-most important certification or license required by a federal, state, or local government agency (such as a state board) in order to do that kind of work?

- No  
 Yes  
 Don't know

29. Can your third-most important certification or license be revoked or suspended for any reason?

- No  
 Yes  
 Don't know

## Certificates

30. People sometimes earn certificates from an education or training program. These are different from certifications or licenses. Do not include certifications or licenses here. Have you ever earned any of the following types of certificates?

a. A certificate for completing a training program from an employer, employment agency, union, software or equipment manufacturer, or other training provider

No

Yes

b. A certificate for completing a vocational program at a high school

No

Yes

c. A high school equivalency certificate, such as a GED®

No

Yes

d. A certificate—not a degree—for completing a program at a community or technical college, or other school after high school. Do not include teaching certificates or college degrees

No → **GO TO question 39**

Yes



**31. If yes: We will refer to the certificates in question 30d as "post-secondary certificates." What was the field of study for your last post-secondary certificate?**

Mark  ONE only.

- Accounting, finance, insurance, or real estate
- Administrative support
- Agriculture
- Audio, broadcasting, multimedia, or graphic technologies
- Business management, administration, or marketing
- Computer science or information technology
- Construction trades
- Cosmetology
- Culinary arts
- Education
- Engineering technologies or drafting
- Fine arts or music
- Funeral service or mortuary science
- Healthcare
- Law enforcement, security, or firefighting
- Law or legal studies
- Liberal arts
- Manufacturing or production (for example machinist, welder, boilermaker)
- Mechanic or repair technologies
- Transportation
- Other - Specify:

**32. Who gave you your last post-secondary certificate?**

Mark  ONE only.

- A community college
- A vocational, technical, trade, or business school
- Another college or university
- Somewhere else — Specify:

**33. About how many hours of instruction did you complete in order to earn your last post-secondary certificate?**

- 960 hours (1 full-time school year) or more
- 480 hours (half a full-time school year) to 959 hours
- 160 to 479 hours
- 40-159 hours
- Less than 40 hours

**34. Which one of the following was required for enrolling in your last post-secondary certificate program?**

Mark  ONE only.

- Being enrolled in or having completed an advanced degree program (Master's or higher)
- Being enrolled in or having completed a Bachelor's degree program
- Having completed high school or a high school equivalency (such as a GED®)
- None of the above

**35. To earn your last post-secondary certificate did you have to complete...**

Mark  ONE box for EACH ITEM below.

- |   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. a minimum number of credits? .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. a minimum number of instructional hours? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



36. Was your last post-secondary certificate part of the training you took for a professional certification or license?

- No
- Yes

37. Is your current job related to your last post-secondary certificate?

- Not applicable, not currently working
- No
- Yes, somewhat related
- Yes, very related

38. How useful has your last post-secondary certificate been for each of the following?

**a. Getting a job**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**b. Increasing your pay**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**c. Improving your work skills**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

## Work Experience Programs

39. Have you ever **completed** an internship, co-op, practicum, clerkship, externship, residency, clinical experience, apprenticeship, or similar program?

- No, and I am not in one now
- No, but I am in one now
- Yes, I have completed this type of program

**GO TO question 50**

*We will refer to these as "work experience programs." If you have NOT completed a work experience program, go to question 50. If you HAVE completed a program, continue on the next page, answering for the last work experience program you completed.*



**40. If yes, what type of work was your last work experience program for?**

Mark  ONE only.

**Building or construction trades:**

- Carpenter
- Electrician
- Plumber or pipefitter
- Sheet metal worker or structural steel worker
- Other building and construction trades

**Healthcare:**

- Medical doctor
- Nursing or nursing assistant
- Other healthcare

**Other types of work:**

- Accounting, finance, insurance, or real estate
- Chef, cook, or food preparation
- Computer networking or information technology
- Cosmetology
- Driving, piloting, or other transportation
- Engineering or architecture
- Funeral service or mortuary science
- Law enforcement, security, or firefighting
- Legal practice
- Machinist or tool and die maker
- Management or administration
- Mechanic or repair work
- Printing
- Social work, counseling, or religious vocations
- Teaching
- Utility or telecommunications technician
- Other — Specify:

**41. How long did your last work experience program last?**

- Less than 3 months
- 3 months to less than 6 months
- 6 months to less than 1 year
- 1 year to less than 2 years
- 2 years to less than 3 years
- 3 years or more

**42. What wage did you earn as part of your last work experience program?**

- No wage
- A training wage that was lower than the wage of a fully qualified worker
- The same wage as a fully qualified worker

**43. As a part of your last work experience program did you...**

Mark  ONE box for EACH ITEM below.

|  | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. have instruction or training from a co-worker or supervisor? . . . .                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. take classes from a college, technical school, or trade school? . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. take classes or training from a company, association, union, or private instructor? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24046104



**44. Do the following statements describe your last work experience program?**

Mark  ONE box for EACH ITEM below.

- |   | No<br>▼                  | Yes<br>▼                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. I was evaluated by a co-worker or supervisor . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. I got college credit . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. I received journeyman status at the end of an apprenticeship . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. I got a state or federal apprenticeship number. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**45. Which one of the following best describes your last work experience program?**

Mark  ONE only.

- It was not part of a formal education program
- It was part of a high school program
- It was part of a school program after high school and below an Associate's degree
- It was part of an Associate's degree program
- It was part of a Bachelor's degree program
- It was part of an advanced degree program or other program beyond a Bachelor's degree

**46. Did (or will) your last work experience program help you earn a professional certification or license?**

- No
- Yes

**47. Is your current job related to your last work experience program?**

- Not applicable, not currently working
- No
- Yes, somewhat related
- Yes, very related

**48. In your current job, how often do you use the skills or knowledge that you learned during your last work experience program?**

- Not applicable, not currently working
- Never or almost never
- Sometimes
- All or most of the time

**49. How useful was your last work experience program for each of the following?**

**a. Getting a job**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**b. Increasing your pay**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

**c. Improving your work skills**

- Not useful
- Somewhat useful
- Very useful
- Too soon to tell

24046112





# Employment

**50. Last week, were you employed for pay at a job or business?**

*If you were temporarily absent from a job or business (on vacation, temporarily ill, on maternity leave, etc.), answer "Yes".*

No → **GO TO question 56**

Yes

**51. If yes, for the job or business you were in last week, were you a member of a labor union or an employee association similar to a union (for example, AFL-CIO, Change to Win Federation, NEA)?**

No

Yes

**52. Last week, how many jobs did you have?**

number of jobs

**53. Last week, did you work at a full-time job (a job where you work 35 hours or more per week)?**

No

Yes

**54. Last week, did you work at a part-time job (a job where you work fewer than 35 hours per week)?**

No → **GO TO question 60**

Yes

**55. If yes, would you have preferred for your part-time job to be a full-time job?**

No } **GO TO question 60**

Yes }

**56. Last week, were you on layoff from a job?**

No

Yes

**57. During the last 4 weeks, have you been actively looking for work?**

No

Yes → **GO TO question 59**

**58. If no, do you intend to look for work within the next 5 years?**

No

Yes

Don't know

**59. When did you last work, even for a few days?**

Never worked for pay → **GO TO question 71**

Over 12 months ago → **GO TO question 63**

Within the past 12 months

**60. During the past 12 months (52 weeks), how many weeks did you work, including paid vacation, paid sick leave, and military service?**

50 to 52 weeks

48 to 49 weeks

40 to 47 weeks

27 to 39 weeks

14 to 26 weeks

13 weeks or less

**61. During the past 12 months, in the weeks you worked, how many hours did you usually work each WEEK?**

usual hours worked each WEEK

24046120



**62. Which category best fits your earnings from wages, salary, commissions, bonuses, or tips, from all jobs over the past 12 months?**

*Report amount before deductions for taxes, bonds, dues, or other items.*

- \$0 to \$10,000
- \$10,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$150,000
- \$150,001 or more

**63. The next few questions ask about your current or last job. If you had more than one job, describe the one at which you worked the most hours. In your current or last job, for whom did you work?**

- If now on active duty in the Armed Forces, mark (X) this box and print the branch of the Armed Forces below.*

Name of company, business, or other employer

**64. What kind of business or industry was this?**

*(For example: hospital, newspaper publishing, mail order house, auto engine manufacturing, bank)*

**65. Which one of the following were you?**

- An employee of a private company, business, or individual, for wages, salary, or commission
- A local (city, county, etc.), state, or federal government employee
- Self-employed in own business, professional practice, or farm
- Working without pay for family business or farm

**66. What kind of work were you doing?**

*(For example: registered nurse, personnel manager, supervisor of order department, secretary, accountant)*

**67. What were your most important activities or duties?**

*(For example: patient care, directing hiring policies, supervising order clerks, typing and filing, reconciling financial records)*

**68. Did you have a license that was required by a federal, state, or local government agency to do this job?**

- No
- Yes



69. What kind of position did you hold?

Permanent → **GO TO question 71**

Temporary

70. Would you have preferred to work at a permanent job?

No

Yes

## Background

71. Have you ever served on active duty in the U.S. Armed Forces, Reserves, or National Guard?

No, never served in the military → **GO TO question 73**

Yes, but only on active duty for training in the Reserve or National Guard

Yes, on active duty now or in past

72. Have you served on active duty since September 2001?

No

Yes

73. Are you male or female?

Male

Female

74. What is your current marital status?

Mark  ONE only.

Now Married → **GO TO question 76**

Widowed

Divorced

Separated

Never married

75. Are you currently living with a boyfriend/girlfriend or partner in this household?

No

Yes

24046146



76. Do you speak a language other than English at home?

No → **GO TO question 78**

Yes



77. How well do you speak English?

Very well

Well

Not well

Not at all

78. How old are you?

years old

79. Are you of Hispanic, Latino, or Spanish origin?

No

Yes

80. What is your race? You may mark one or more races.

American Indian or Alaska Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

81. Do you have Internet access on a cell phone?

No

Yes

82. Do you have Internet access at home on a computer or tablet?

No

Yes

83. How often do you use the Internet?

Every day

A few times a week

A few times a month

A few times a year

Never

### Thank you.

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided. If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**National Household Education Survey  
U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**



## **Thank you.**

*Please return this questionnaire in the postage-paid envelope provided.  
If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:*

**National Household Education Survey  
U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24046179



## Commonly Asked Questions

**Q: How was my household chosen?**

A: Your address was randomly selected from among all of the home addresses in the nation. It was selected using scientific sampling methods to represent other U.S. households. The sample was designed so that surveys of only a few thousand people will accurately describe the educational experiences of almost all Americans.

**Q: Why should I participate? Do I have to do this?**

A: Your answers are very important to the success of this study. You represent thousands of other adults like yourself, and you cannot be replaced. This survey is voluntary. You may choose not to answer any or all questions in this survey, but in order for the survey to be representative, it is important that you complete and return it. Those who do not return the survey will not be represented in statistics used by policymakers and researchers. There are no penalties should you choose not to participate in the study.

**Q: Will the information I provide be kept confidential? Will my privacy be protected?**

A: Your responses will be combined with those from other adults to produce statistical summaries and reports about education and training in the United States. Your individual data will not be reported. Your answers may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 USC § 9573).

**Q: How will my response help the Federal Government?**

A: The U.S. Department of Education wants to understand how adults acquire and maintain the skills they need for work. This survey is the only way our nation can learn about the education and training that adults receive from schools, employers, and other training sponsors. The survey will allow policymakers and researchers to better understand the demand for education and training programs, and can help direct national policy in these areas. Your responses will be combined with those from other households to inform educators, policymakers, and schools about how adults in the U.S. learn the skills needed for work.

**Q: Who is sponsoring this study?**

A: The National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, is authorized to conduct this study by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002; 20 USC § 9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. This study has been approved by the Office of Management and Budget (OMB), the office that reviews all federally sponsored surveys.

**Q: What if I have other questions?**

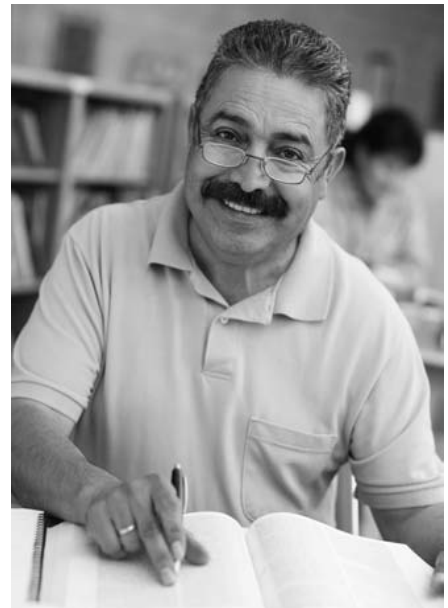
A: If you have any questions about the study, you may send e-mail to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov) or you may call the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.



Departamento de Comercio de los Estados Unidos  
 Administración de Economía y Estadísticas  
 Oficina del Censo de los Estados Unidos



## Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación



El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES por sus siglas en Inglés) dentro del Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES.

**NHES-SCRN(S)**  
 (06/04/2015)



# Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación

## Comience aquí

El Departamento de Educación está estudiando las experiencias educativas y de entrenamiento de adultos y niños. Cada hogar es diferente, por eso necesitamos sus respuestas para poder enviarle el cuestionario que sea el correcto para su hogar.

- ▶ Devuelva este formulario aunque solo haya una o dos personas en este hogar.
- ▶ Un adulto que sea parte de este hogar y que viva en este domicilio debe ser quien complete esta encuesta.
- ▶ Por favor, de ser posible, use una pluma o un bolígrafo de tinta negra o azul.

### 1. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

Incluya a los adultos y niños que se encuentren fuera del hogar temporalmente (Por ejemplo, los que viven en residencias universitarias) si no tienen otro hogar permanente.

Continúe contestando las preguntas 2 a 6 para cada persona que viva en este hogar. Incluya a todos los niños y adultos. Empiece con usted.

## Usted/Persona 1



### 2. ¿Cuál es su nombre, iniciales o apodo?

Nombre/iniciales/apodo

Los nombres se usarán solo para preguntar sobre la educación de una persona específica.

### 3. ¿Cuál es el mes y año de nacimiento de esta persona?

 / 

mes

año de nacimiento

### 4. ¿Cuál es el sexo de esta persona?

- Masculino  
 Femenino

### 5. ¿Asiste esta persona actualmente a...

Marque [X] UNA solamente.

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,  
 escuela pública o privada, o preescolar,  
 universidad o escuela vocacional, o  
 ninguna?

↳ PASE A la Persona 2.

### 6. ¿Cuál es el grado actual de esta persona, o su equivalente?

- Preescolar  
 Kindergarten  
 Escriba el grado 1 a 12  
 Universidad o escuela vocacional  
 Ninguna de estas

## Persona 2




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes

año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,  
 escuela pública o privada, o preescolar,  
 universidad o escuela vocacional, o  
 ninguna?

↳ PASE A la Persona 3.

- Preescolar  
 Kindergarten  
 Escriba el grado 1 a 12  
 Universidad o escuela vocacional  
 Ninguna de estas





Realizada para:  
Departamento de Educación de los Estados Unidos  
Centro Nacional para Estadísticas de la Educación

### Persona 3




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **PASE A la Persona 4.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

### Persona 4




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **PASE A la Persona 5.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

### Persona 5




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **PASE A la página 4.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

► Si hay más de cinco (5) personas en su hogar, continúe en la próxima página. De lo contrario, pare aquí y devuelva este formulario en el sobre con el franqueo prepago que hemos proporcionado.



# Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación

## Continúe

Si hay más de cinco (5) personas en su hogar, continúe contestando para cada persona que vive en este hogar.

Si ha terminado contestando sobre todas las personas en el hogar, por favor, devuelva la encuesta en el sobre con franqueo prepagado que hemos proporcionado.

### Persona 6



2. ¿Cuál es su nombre, iniciales o apodo?

Nombre/iniciales/apodo

Los nombres se usarán solo para preguntar sobre la educación de una persona específica.

3. ¿Cuál es el mes y año de nacimiento de esta persona?

 / 

mes

año de nacimiento

4. ¿Cual es el sexo de esta persona?

Masculino

Femenino

5. ¿Asiste esta persona actualmente a . . .

Marque [X] UNA solamente.

Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

escuela pública o privada, o preescolar,

universidad o escuela vocacional, o

ninguna?



**PASE A la Persona 7.**

6. ¿Cuál es el grado actual de esta persona, o su equivalente?

Preescolar

Kindergarten

Escriba el grado 1 a 12

Universidad o escuela vocacional

Ninguna de estas

### Persona 7




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes

año de nacimiento

Masculino

Femenino

Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

escuela pública o privada, o preescolar,

universidad o escuela vocacional, o

ninguna?



**PASE A la Persona 8.**

Preescolar

Kindergarten

Escriba el grado 1 a 12

Universidad o escuela vocacional

Ninguna de estas



**Realizada para:  
Departamento de Educación de los Estados Unidos  
Centro Nacional para Estadísticas de la Educación**

**Persona 8**




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **PASE A la Persona 9.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

**Persona 9**




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **PASE A la Persona 10.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

**Persona 10**




Nombre/iniciales/apodo

 / 

mes                      año de nacimiento

- Masculino  
 Femenino

- Escuela en el hogar (home-school) en lugar de asistir a una escuela pública o privada para algunas o todas las clases,

- escuela pública o privada, o preescolar,

- universidad o escuela vocacional, o

- ninguna?

↳ **Devuelva la encuesta.**

- Preescolar

- Kindergarten

 Escriba el grado  
1 a 12

- Universidad o escuela vocacional

- Ninguna de estas

► **Por favor, verifique que usted haya llenado una columna para todas las personas en su hogar.**

► **Gracias. Por favor, devuelva este formulario en el sobre con el franqueo prepago que hemos proporcionado o envíelo por correo a:**

**US Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A  
1201 E. 10th St.  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

**Número de teléfono sin cargos para preguntas: 1-888-840-8353**



***ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE***



## **Gracias.**

*Por favor, devuelva este cuestionario en el sobre con el franqueo prepagado que hemos proporcionado. Si ha perdido el sobre, envíe por correo el cuestionario completado a:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A  
1201 E. 10th St.  
Jeffersonville, IN 47132-0001**



## Preguntas frecuentes

**P: ¿Cómo obtuvo mi dirección?**

R: Su dirección se seleccionó al azar de entre todas las direcciones residenciales en la nación. Se seleccionó usando métodos científicos de muestreo para representar otros hogares en los Estados Unidos.

**P: ¿Por qué en este cuestionario no se hacen más preguntas sobre educación?**

R: El propósito de este cuestionario es determinar si alguna persona en su hogar es elegible para la próxima etapa de la encuesta. De ser así, enviaremos un segundo cuestionario que tendrá preguntas sobre las experiencias educativas de algún miembro de su hogar.

**P: ¿Si en este momento no hay en este hogar niños ni nadie que asista a la escuela, ¿debo responder?**

R: Si, debe responder a esta encuesta. Una vez devuelva el cuestionario, los encargados del estudio podrán determinar si alguien en su hogar es elegible para la próxima y última encuesta. Si no hay nadie que sea elegible, no recibirá otra encuesta.

**P: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que hacer esto?**

R: Esta encuesta es la única manera que el Departamento de Educación puede aprender sobre el cuidado y la educación de los niños más jóvenes, la educación de los niños de edad escolar y la educación y entrenamiento de adultos, según su perspectiva. Usted representa miles de otros hogares como el suyo, y no podemos sustituirlo por otro. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Usted puede optar por no contestar algunas o ninguna de las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que usted complete y devuelva este cuestionario. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en las estadísticas claves que usan las personas que establecen las normas y los investigadores.

**P: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

R: Sus respuestas se combinarán con las de otras personas para producir informes y resúmenes estadísticos sobre educación y capacitación en los Estados Unidos. No se informarán sus datos individuales. Sus respuestas podrán usarse solo para propósitos estadísticos y no podrán ser divulgadas o usadas de manera que identifiquen a los miembros de su hogar, o para ningún otro fin, excepto cuando lo estipule la ley (sección 9573 de la sección 20 del Código de los Estados Unidos).

**P: ¿Cuánto tiempo me tomará?**

R: Como promedio, debe tomarle 8 minutos o menos responder, incluso el tiempo para repasar las instrucciones, y completar y revisar la información que ha recopilado.

**P: ¿Quién patrocina este estudio?**

R: El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES, por sus siglas en inglés) dentro el Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES. La Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés), la oficina que revisa todas las encuestas patrocinadas por el gobierno federal, ha aprobado este estudio. Si tiene comentarios sobre la validez de este estimado de tiempo, sugerencias de como mejorar el cuestionario, o cualquier comentario o inquietud con respecto al estado de su encuesta en particular, por favor escriba a: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Puede enviar un correo electrónico a NHES@census.gov. Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, comuníquese gratis llamando al 1-888-840-8353.



# El futuro de nuestros niños(as): encuesta sobre el cuidado y la educación de los niños(as) pequeños

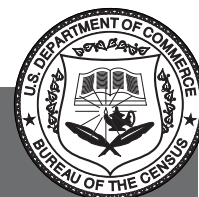
Parte de la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación 2016



Gracias por su colaboración con esta encuesta. De acuerdo con la información que recibimos de su hogar en su última encuesta, quisiéramos pedirle que complete esta última parte.

Administrada por

**Departamento de Comercio de los Estados Unidos  
Administración de Economía y Estadísticas  
Oficina del Censo de los Estados Unidos**



**NHES-ECPP(S)**  
(06/27/2015)

24126013



---

---

## Instructions

- ◆ En respuesta a la encuesta que usted respondió anteriormente, anotamos que el niño(a) que se nombra a continuación no ha comenzado kindergarten todavía. Si este niño(a) asiste a una escuela pública o privada o recibe sus clases de kindergarten a 12° Grado (o su equivalente) en el hogar, por favor llámenos al número sin cargo 1-888-840-8353 para hacérselo saber.
- ◆ Estas preguntas las debe responder uno de los padres o tutores que sepa sobre:

Por favor responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en este niño(a).

- ◆ Para responder a una pregunta, simplemente marque  la casilla que mejor represente su respuesta.
- ◆ Por favor, si es posible, use una pluma o bolígrafo de tinta negra o azul para responder a esta encuesta.
- ◆ Por favor regrese esta encuesta en el sobre con franqueo prepago que le hemos proporcionado.

---

---

El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES, por sus siglas en inglés) dentro el Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES. Usted no está obligado a proporcionar la información que se le pide. Sin embargo, la información que usted proporcione ayudará al Departamento de Educación en su continuo esfuerzo por mejorar las experiencias educativas de niños y familias. No existe sanción alguna si usted decidiera no participar en este estudio. Sus respuestas solo se usarán para fines estadísticos y no serán divulgadas, utilizadas o identificables para ningún otro fin excepto en lo requerido por la ley (20 USC § 9573). Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control válido para esta encuesta voluntaria es 1850-0768. Se estima que el tiempo requerido para completar esta encuesta es un promedio de 20 minutos por persona, que incluye el revisar las instrucciones, encontrar la información necesaria, completar y revisar la encuesta. Si tiene comentarios sobre la validez de este estimado de tiempo, sugerencias de como mejorar la encuesta, o cualquier comentario o inquietud con respecto al estado de su encuesta en particular, por favor escriba a: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Por favor no envíe encuestas completas a esta dirección. Puede enviar un correo electrónico a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, comuníquese gratis llamando al 1-888-840-8353.






## Cuidado Infantil y Programas para la Niñez

- ▶ Gracias por su colaboración con la encuesta anterior que su hogar contestó.
- ▶ Responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en el niño(a) que se nombra a continuación:

### ▶ Cuidado que el niño(a) recibe por parte de parientes

 Estas preguntas son acerca de los distintos tipos de cuidado infantil que este niño(a) podría recibir actualmente con regularidad, por parte de personas distintas a los padres o tutores legales.

1. Actualmente, ¿cuida a este niño(a) con regularidad un pariente, distinto a uno de los padres o tutores legales? Por ejemplo, los abuelos, hermanos, hermanas u otro pariente.

No → **PASE A la pregunta 17**  
 Sí

2. ¿Se planifica con regularidad alguno de estos arreglos de cuidado infantil por lo menos una vez a la semana?

No → **PASE A la pregunta 17**  
 Sí

3. Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte del pariente que lo cuida la mayor parte del tiempo. ¿Cuál es la relación o el parentesco de ese pariente con este niño(a)?

Markque  UNA casilla solamente.

- Abuela/Abuelo  
 Tía/Tío  
 Hermano/Hermana  
 Otro pariente

4. ¿Qué edad tiene el pariente que cuida a este niño(a) la mayor parte del tiempo?

edad

5. ¿Cuida al niño(a) en su casa o en otra casa?

- Mi propia casa  
 Otra casa  
 Ambas

6. ¿Cuántos días a la semana cuida este pariente a este niño(a)?

días a la semana

7. ¿Cuántas horas a la semana cuida este pariente a este niño(a)?

horas a la semana

8. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó este arreglo habitual específico con este pariente?

años

meses

9. ¿Qué idioma habla este pariente la mayor parte del tiempo cuando cuida a este niño(a)?

- Inglés  
 Español  
 Otro idioma aparte del inglés o español  
 Inglés y español por igual  
 Inglés y otro idioma por igual



10. ¿Cuida este pariente a este niño(a) si el niño(a) está...

No ▼ Sí ▼

a. Enfermo pero no tiene fiebre?.....

b. Enfermo y tiene fiebre?.....

11. ¿Hay alguna tarifa o pago por el cuidado que este niño(a) recibe por parte de este pariente, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?

No → PASE A la pregunta 15

Sí

12. ¿Le ayudan algunas de las siguientes personas, programas u organizaciones a pagarle a este pariente por el cuidado de este niño(a)?

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

a. Un pariente de este niño(a) que no vive en su hogar y da el dinero para pagar específicamente ese cuidado, sin incluir manutención para niños(as) . . .

b. Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF). . . . .

c. Otra agencia de servicios sociales, bienestar público o cuidado infantil. . . . .

d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . .

e. Alguien más . . . . .

13. ¿Cuánto paga su hogar a este pariente por el cuidado de este niño(a), sin incluir dinero que reciba de otras personas para ayudarle a pagar el cuidado del niño(a)?

Anote '0' si su hogar no le paga a este pariente por el cuidado del niño(a).

\$           .00

¿Es esa cantidad por...

- Hora
- Día
- Semana
- Mes
- Año
- Quincena (cada 2 semanas)
- Otra – Especifique: ↴

14. ¿Para cuántos de los niños(as) de su hogar, incluyendo a este niño(a), es esta cantidad?

- Sólo para este niño(a)
- 2 niños(as)
- 3 niños(as)
- 4 niños(as)
- 5 o más niños(as)

15. ¿Tiene este niño(a) algún otro arreglo de cuidado infantil con un pariente con regularidad?

No → PASE A la pregunta 17

Sí

16. ¿Cuántas horas a la semana en total pasa este niño(a) al cuidado de esos otros parientes?

horas a la semana

24126047



► **Cuidado que el niño(a) recibe por parte de personas que no son parientes**

**i** Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte de personas que no son sus parientes, ya sea en su casa o en la casa de otra persona. Esto incluye a personas que cuidan niños(as) en sus casas o vecinos, pero no incluye guarderías ni programas preescolares.

17. Actualmente, ¿cuida a este niño(a), con regularidad, una persona que no es su pariente, ya sea en casa o en otra casa?

No → **PASE A la pregunta 35**

Sí

18. ¿Se planifica con regularidad alguno de estos arreglos de cuidado infantil con alguien que no es pariente, por lo menos una vez a la semana?

No → **PASE A la pregunta 35**

Sí

19. Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte de una persona que no es su pariente y que lo cuida la mayor parte del tiempo.

¿Cuida al niño(a) en su casa o en otra casa?

Mi propia casa

Otra casa

Ambas

20. ¿Vive en el hogar de usted esta persona que cuida a este niño(a)?

No

Sí

21. ¿Cuántos días a la semana cuida esta persona a este niño(a)?

días a la semana

22. ¿Cuántas horas a la semana cuida esta persona a su hijo?

horas a la semana

23. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó este arreglo habitual específico con esta persona?

años  meses

24. ¿Era esta persona que cuida niños(as) alguien a quien usted ya conocía?

No

Sí

25. ¿Es esta persona que cuida este niño(a) mayor de 18 años?

No

Sí

26. ¿Qué idioma habla esta persona que cuida niños(as) la mayor parte del tiempo cuando cuida a este niño(a)?

Inglés

Español

Otro idioma aparte del inglés o español

Inglés y español por igual

Inglés y otro idioma por igual

27. ¿Cuida esta persona a este niño(a) si el niño(a) está...

No      Sí  
▼      ▼

a. Enfermo pero no tiene fiebre? . . . . .

b. Enfermo y tiene fiebre? . . . . .

24126054



28. ¿Le recomendaría esta persona a otros padres?

No

Sí

29. ¿Hay alguna tarifa o pago por el cuidado que este niño(a) recibe por parte de esta persona, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?

No → PASE A la pregunta 33

Sí

30. ¿Le ayudan algunas de las siguientes personas, programas u organizaciones a pagarle a esta persona por el cuidado de este niño(a)?

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente de este niño(a) que no vive en su hogar y da el dinero para pagar <u>específicamente</u> ese cuidado, sin incluir <u>manutención</u> para niños(as) . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF). . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra agencia de servicios sociales, bienestar público o cuidado infantil. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien más . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. ¿Cuánto paga su hogar a esta persona por el cuidado de este niño(a), sin incluir dinero que reciba de otras personas para ayudarlo a pagar el cuidado del niño(a)?

Anote '0' si su hogar no le paga a esta persona que no es pariente por el cuidado del niño(a).

\$             .00

¿Es esa cantidad por...

- Hora
- Día
- Semana
- Mes
- Año
- Quincena (cada 2 semanas)
- Otra – Especifique: ↴

32. ¿Para cuántos de los niños(as) de su hogar, incluyendo a este niño(a), es esta cantidad?

- Sólo para este niño(a)
- 2 niños(as)
- 3 niños(as)
- 4 niños(as)
- 5 o más niños(as)

33. ¿Alguna otra persona que no es pariente cuida a este niño(a) con regularidad? No incluya el cuidado en guarderías o programas preescolares.

No → PASE A la pregunta 35

Sí

34. ¿Cuántas horas en total a la semana pasa este niño(a) al cuidado de esas otras personas que no son parientes?

horas a la semana



► **Guarderías y programas preescolares a los que su niño(a) asiste**

**i** Las siguientes preguntas son acerca de las guarderías y los programas de educación temprana a los que su niño(a) asiste. Esto no incluye el cuidado que el niño(a) recibe en una casa.

**35. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a una guardería, a un programa preescolar o a un prekindergarten, que no sea una casa?**

No → **PASE A la pregunta 54**

Sí

**36. ¿Va este niño(a) a una guardería, a un programa preescolar o a un prekindergarten por lo menos una vez a la semana?**

No → **PASE A la pregunta 54**

Sí

**37. Las siguientes preguntas son acerca del programa en el que el niño(a) pasa la mayor parte del tiempo.**

**¿Es el programa actual de este niño(a) un programa de guardería, preescolar o de prekindergarten?**

Guardería

Preescolar

Prekindergarten

**38. ¿Es este un programa de Head Start o de Early Head Start?**

**i** Los programas de Head Start y de Early Head Start son programas preescolares patrocinados por el gobierno federal y orientados principalmente a niños(as) de familias de bajos recursos económicos.

No

Sí

No sé

**39. ¿Dónde queda este programa?**

Marque  UNA casilla solamente.

En una iglesia, sinagoga o en otro lugar de culto religioso

En una escuela primaria o secundaria pública

En una escuela primaria o secundaria privada

En una universidad

En un centro comunitario

En una biblioteca pública

Tiene su propio edificio, oficina o local

Algún otro lugar – Especifique: ↴

**40. ¿Es este programa dirigido por una iglesia, sinagoga u otro grupo religioso?**

No

Sí

**41. ¿Está este programa en su lugar de trabajo o en el lugar de trabajo del otro padre de este niño(a)?**

No

Sí

**42. ¿Cuántos días a la semana asiste este niño(a) a este programa?**

días a la semana

**43. ¿Cuántas horas a la semana asiste este niño(a) a este programa?**

horas a la semana

**44. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó a asistir a este programa específicamente?**

años  meses



24126088

**45. ¿Qué idioma habla la mayor parte del tiempo el maestro o la persona a cargo de este niño(a) en este programa cuando cuida al niño?**

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

**46. ¿Le recomendaría este programa a otros padres?**

- No
- Sí

**47. ¿Ofrece este programa alguno de los siguientes servicios a este niño(a) o a su familia?**

Marque  UNA casilla para cada servicio a continuación.

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Evaluaciones auditivas, del habla o de la vista . . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Exámenes físicos. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Exámenes dentales . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Evaluaciones formales para detectar problemas de desarrollo o de aprendizaje . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Cuidado infantil cuando el niño(a) está enfermo pero no tiene fiebre. . . . .          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cuidado infantil cuando el niño(a) está enfermo y tiene fiebre. . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**48. Hay alguna tarifa o pago por este programa, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?**

- No → **PASE A la pregunta 52**
- Sí

**49. ¿Le ayudan algunas de las siguientes personas, programas u organizaciones a pagar para que este niño(a) vaya a este programa?**

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente de este niño(a) que no vive en su hogar y da el dinero para pagar <u>específicamente</u> ese cuidado, sin incluir <u>manutención</u> para niños(as) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asistencia temporal a familias necesitadas (TANF). . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otra agencia de servicios sociales, bienestar público o cuidado infantil. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien más . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**50. ¿Cuánto paga su hogar para que este niño(a) vaya a este programa, sin incluir dinero que reciba de otras personas para ayudarlo a pagar el cuidado del niño(a)?**

Anote '0' si su hogar no paga nada por este programa.

↓ \$  .00

**¿Es esa cantidad por...**

- Hora
- Día
- Semana
- Mes
- Año
- Quincena (cada 2 semanas)
- Otra – Especifique: ↴



51. ¿Para cuántos de los niños(as) de su hogar, **incluyendo a este niño(a)**, es esta cantidad?

- Sólo para este niño(a)
- 2 niños(as)
- 3 niños(as)
- 4 niños(as)
- 5 o más niños(as)

52. ¿Va este niño(a) a alguna otra guardería o programa preescolar **con regularidad**?

- No → **PASE A la pregunta 54**
- Sí




53. ¿Cuántas **horas** en total a la **semana** pasa este niño(a) en esas guarderías o programas preescolares?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 horas a la semana

## Buscar y Seleccionar Cuidado Infantil para su Niño(a)

54. ¿Ha asistido este niño(a) **alguna vez** a un programa de Head Start o de Early Head Start?

 *Los programas de Head Start y de Early Head Start son programas preescolares patrocinados por el gobierno federal y orientados principalmente a niños(as) de familias de bajos recursos económicos.*

- No
- Sí
- No sé

55. ¿Cuál es la **razón principal** por la que su hogar quería un programa de cuidado infantil para este niño(a) el año pasado?

Marque  UNA casilla solamente.

- Para tener cuidado infantil cuando la madre o el padre estaban trabajando o estudiando
- Para preparar al niño(a) para la escuela
- Para tener aprendizaje cultural o aprender el idioma
- Para tener tiempo de hacer diligencias o relajarse
- Por alguna otra razón
- No tuvo cuidado infantil el año pasado

56. ¿Cree usted que hay buenas opciones de cuidado infantil o programas de educación temprana en el área donde usted vive?

- No
- Sí
- No sé



57. **¿Cuánta dificultad tuvo para encontrar el tipo de cuidado infantil o programa de educación temprana que usted quería para este niño(a)?**

No ha intentado buscar cuidado infantil → **PASE A la pregunta 60**

Ninguna dificultad → **PASE A la pregunta 59**

Mucha dificultad

Algo de dificultad

Muy poca dificultad

No encontró el programa de cuidado infantil que usted quería

58. **¿Cuál fue la dificultad principal que enfrentó para encontrar un programa de cuidado infantil?**

Marque  UNA casilla solamente.

Costo

Ubicación

Calidad

Falta de vacantes para niños nuevos

Necesitaba un programa para niños con necesidades especiales

Otra – Especifique: ↴

59. **¿Qué tan importante fue cada una de estas razones cuando usted seleccionó el cuidado infantil o el programa en el que este niño(a) pasa la mayor parte del tiempo?**

a. **¿La ubicación del lugar?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante

b. **¿El costo del lugar?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante

c. **¿La confiabilidad del lugar?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante

d. **¿Las actividades de aprendizaje del lugar?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante

e. **¿Que el niño(a) pase tiempo con otros niños(as) de su misma edad?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante

f. **¿El horario durante el día en que se ofrece cuidado infantil en este lugar?**

No es importante

Muy poco importante

Algo importante

Muy importante





**g. ¿La cantidad de niños(as) en el grupo de cuidado en que está su niño(a)?**

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

**h. ¿Ranking/clasificación en una página de Internet?**

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

**i. ¿Recomendaciones de amigos o familia?**


- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

**k. ¿La orientación religiosa del programa?**

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante



## Actividades en Familia

 Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que hizo este niño(a) con familiares en la semana o el mes pasado.

61. **¿Más o menos cuántos libros tiene este niño(a), que sean de él/ella, incluyendo los que comparte con los hermanos?**

cantidad de libros

62. **¿Cuántas veces le leyó usted o alguien de su familia a este niño(a) la semana pasada?**

Ninguna vez

→ **PASE A la pregunta 64**

veces

63. **¿Más o menos cuántos minutos en cada uno de esos días le leyó usted o alguien de su familia a este niño(a)?**

minutos

64. **Durante la semana pasada, ¿cuántas veces ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?**

- a. **¿Contarle un cuento a este niño(a)? (No incluya leerle al niño(a).)**

Ninguna vez

1 ó 2 veces

3 o más veces

- b. **¿Enseñarle a este niño(a) letras, palabras o números?**

Ninguna vez

1 ó 2 veces

3 o más veces

- c. **¿Cantar canciones con este niño(a)?**

Ninguna vez

1 ó 2 veces

3 o más veces

- d. **¿Hacer trabajos de artes y manualidades con este niño(a)?**

Ninguna vez

1 ó 2 veces

3 o más veces

65. **En la semana pasada, ¿cuántos días cenó la familia junta?**

Escriba '0' si ninguna vez.

días

66. **Durante el mes pasado, ¿ha ido usted o alguien de su familia a la biblioteca con este niño(a)?**

No

Sí

67. **Durante el mes pasado, ¿ha ido usted o alguien de su familia a una librería con este niño(a)?**

No

Sí



## Cosas Que su Niño(a) Podría estar Aprendiendo

**i** Las siguientes preguntas son acerca de cosas que distintos niños(as) hacen a distintas edades. Estas cosas pueden o no ser ciertas para este niño(a).

68. ¿Es este niño(a) menor de 2 años o tiene 2 años o más?

- Menor de 2 años → **PASE A la pregunta 76**
- 2 años o más

69. ¿Puede este niño(a) identificar los colores rojo, amarillo, azul y verde por su nombre?

- No
- Sí, algunos
- Sí, todos

70. ¿Puede este niño(a) reconocer las letras del alfabeto?

- No
- Sí, algunas
- Sí, la mayoría
- Sí, todas

71. ¿Hasta cuánto puede contar este niño(a)?

- Este niño(a) no puede contar
- Hasta 5
- Hasta 10
- Hasta 20
- Hasta 50
- Hasta 100 o más

72. ¿Puede este niño(a) escribir su nombre, incluso si escribe algunas letras al revés?

- No
- Sí

73. ¿Alguna vez este niño(a) lee libros de cuentos o hace como si estuviera leyéndolos por su propia cuenta?

- No → **PASE A la pregunta 76**
- Sí

74. ¿Lee este niño(a) en realidad las palabras o mira el libro y hace como si estuviera leyendo?

- Hace como si estuviera leyendo
- En realidad lee las palabras escritas en el libro
- Does both
- PASE A la pregunta 76**

75. Cuando este niño(a) hace como si estuviera leyendo, ¿suena como una historia relacionada, o habla el niño(a) sobre cada imagen en el libro sin mucha relación entre ellas?

- Suena como una historia relacionada
- Habla sobre lo que hay en cada imagen
- Hace ambas cosas
- No hace ninguna de las dos cosas



## Salud del Niño(a)

76. En general, ¿cómo describiría la salud de este niño(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

77. ¿Le ha dicho un profesional de la salud o de educación que este niño(a) tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Una discapacidad intelectual (retraso mental) . . . . .                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un impedimento del habla o de lenguaje . . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un trastorno emocional grave . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera u otro impedimento del oído . . . . .                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera u otro impedimento de la vista que no se corrige con anteojos . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un impedimento ortopédico . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autismo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Trastorno generalizado del desarrollo (PDD, en inglés) . . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Trastorno de deficiencia de atención (ADD o ADHD, en inglés) . . . . .          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Una discapacidad específica de aprendizaje . . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Un retraso del desarrollo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lesión traumática en el cerebro . . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otro impedimento de la salud que dure 6 meses o más . . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

78. (Si el niño(a) es menor de 3 años). ¿Le ha dicho un profesional de la salud, la educación o de intervención temprana que este niño(a) "está en riesgo" de tener un retraso considerable del desarrollo?

- No
- Sí
- El niño(a) es mayor de 3 años

79. ¿Contestó sí a alguno de los problemas en la pregunta 77 o 78?

- No → **PASE A la pregunta 87**
- Sí

80. ¿Está este niño(a) recibiendo servicios para su problema de salud?

- No → **PASE A la pregunta 85**
- Sí

81. ¿Ofrecen estos servicios alguna de las siguientes fuentes?

Marque  UNA casilla para cada fuente a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Su distrito escolar local . . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una agencia estatal o local de salud o servicios sociales . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un médico, clínica u otro proveedor de cuidado médico . . . . .     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La escuela privada del niño(a) . . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



82. ¿Se ofrecen algunos de estos servicios por medio de un Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP, por sus siglas en inglés), un Programa individualizado de educación (IEP, por sus siglas en inglés) o un plan de servicios?

No → **PASE A la pregunta 87**

Sí

83. ¿Trabajó algún adulto en su hogar con el proveedor de servicios o la escuela para diseñar o cambiar el IFSP o el IEP o plan de servicios de este niño(a)?

No

Sí

84. Durante este año escolar, ¿cuán satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos del IFSP, el IEP, o el plan de servicios de este niño(a)?

a. ¿La comunicación entre su familia y el proveedor de servicios o la escuela?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

No corresponde

b. ¿El maestro de educación especial o el terapeuta del niño(a)?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

No corresponde

c. ¿La capacidad del proveedor de servicios o de la escuela para adaptarse a las necesidades especiales de este niño(a)?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

No corresponde

d. ¿El compromiso por parte del proveedor de servicio o de la escuela para que este niño(a) aprenda?

Muy satisfecho

Algo satisfecho

Algo insatisfecho

Muy insatisfecho

No corresponde

85. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a alguna clase o servicios de educación especial?

No

Sí

86. ¿El problema de salud de este niño(a) afecta su capacidad para hacer algunas de las siguientes cosas?

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

|   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Aprender . . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participar en juegos con otros niños(as) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Asistir a los paseos . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hacer amigos . . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Historia del Niño(a)

87. ¿En qué mes y año nació este niño(a)?

|                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| mes                  |   | año                  |

88. ¿Dónde nació este niño(a)?

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

**PASE A la pregunta 89**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte)

Otro país

89. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

90. ¿Es este niño(a) de origen hispano, latino, o español?

No

Sí

91. ¿Cuál es la raza de este niño(a)? Puede marcar una o más razas.

India americana o nativa de Alaska

Asiática

Negra o africana americana

Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico

Blanca

92. ¿De qué sexo es este niño(a)?

Masculino

Femenino

93. ¿El niño(a) vive en este domicilio y en otro domicilio (por ejemplo, como resultado del acuerdo de custodia)?

*No incluya propiedades vacacionales.*

No → **PASE A la pregunta 95**

Sí

94. Si contesto afirmativamente, este niño(a)...

¿Pasa la mayor parte del tiempo en este domicilio?

¿Pasa la mayor parte del tiempo en otro domicilio?

¿Pasa el mismo tiempo en ambos domicilios?

95. ¿Qué idioma habla este niño(a) principalmente en el hogar?

Marque  UNA casilla solamente.

El niño(a) no ha comenzado a hablar

**PASE A la pregunta 97**

Inglés

Español

Otro idioma aparte del inglés o español

Inglés y español por igual

Inglés y otro idioma por igual

96. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a clases de inglés como segundo idioma, educación bilingüe o a un programa de inmersión al inglés?

No

Sí



## Los miembros de su familia

### 97. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

Incluya a los adultos y niños que se encuentren temporalmente fuera del hogar (por ejemplo, aquellos que vivan en las residencias universitarias) si no tienen otro domicilio permanente.

personas

### 98. ¿Cuántas de las siguientes personas viven en este hogar con este niño(a)?

No incluya a este niño en su respuesta

Ejemplo: Hermanos

De este niño(a)... *Escriba '0' si ninguna cantidad*

a. Hermano(s).....

b. Hermana(s).....

c. Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta).....

d. Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto).....

e. Tía(s).....

f. Tío(s).....

g. Abuela(s).....

h. Abuelo(s).....

i. Primo(s).....

j. Novia/Novio o pareja de alguno de los padres.....

k. Otro(s) familiar(es).....

l. Otra(s) persona(s) que no es familiar.....

### 99. ¿Cuál es su relación o parentesco con este niño(a)?

Marque  UNA casilla solamente.

Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta)

Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto)

Tía

Tío

Abuela

Abuelo

Novia/Novio o pareja de alguno de los padres

Otra relación o parentesco – especifique: ↴

### 100. ¿Qué idioma(s) hablan en casa los adultos de este hogar?

Marque  todo lo que corresponda.

Inglés

Español o creole (criollo) español

Francés (incluyendo patuá, creole, cajún)

Chino

Otras idiomas – especifique: ↴



## La familia del niño(a)

**UNO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de este niño(a), conteste las preguntas 101 a 118 con sus datos personales.

Si usted no es el padre, la madre ni el tutor legal de este niño(a), responda las preguntas 94 a 112 con los datos de uno de los padres o tutores legales de este niño(a) que viva en este hogar.

### 101. Es esta persona...

- El padre (o madre) biológico
- El padre (o madre) adoptivo
- El padrastro o madrastra
- El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)
- El abuelo o abuela
- Otro tutor legal

### 102. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

- Masculino
- Femenino

### 103. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

- Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 105**
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

### 104. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- No
- Sí

### 105. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 107**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 106. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 107. ¿Dónde nació esta persona?

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

→ **PASE A la pregunta 109**

- Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)
- Otro país

### 108. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

### 109. ¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?

- No
- Sí





**110. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.**

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

**111. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**112. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

- No
- Sí

**113. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **PASE A la pregunta 115**
- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as) → **PASE A la pregunta 116**
- Jubilada
- Discapacitada o no puede trabajar

**114. (Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**

→ **PASE A la pregunta 116**

horas

**115. (Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

- No
- Sí

**116. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?**

meses

**117. ¿Qué edad tiene esta persona?**

edad

**118. ¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?**

edad

- No sé



## OTRO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR

Responda las preguntas 119 a 137 pensando en la segunda persona que también es padre, madre o tutor legal de este niño(a) y que vive en el hogar.

119. ¿Hay otro padre, madre, o tutor que vive en este hogar?

No → **PASE A la pregunta 138**

Sí



120. Esta persona es...

- El padre (o madre) biológico
- El padre (o madre) adoptivo
- El padrastro o madrastra
- El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)
- El abuelo o abuela
- Otro tutor legal

121. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

- Masculino
- Femenino

122. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

- Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 124**
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

123. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- No
- Sí

124. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 126**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

125. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

126. ¿Dónde nació esta persona?

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia



**PASE A la pregunta 128**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte)

Otro país

127. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

128. ¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?

- No
- Sí



129. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

130. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?

Marque  UNA casilla solamente.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

131. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?

- No
- Sí

132. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **PASE A la pregunta 134**
- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as) } **PASE A la pregunta 135**
- Jubilada
- Discapacitada o no puede trabajar

133. (Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?

horas → **PASE A la pregunta 135**

134. (Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?

- No
- Sí

135. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?

meses

136. ¿Qué edad tiene esta persona?

edad

137. ¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?

edad

- No sé



## Su Hogar

**138. En los últimos 12 meses, ¿recibió alguna vez su familia beneficios de alguno de los siguientes programas?**

Marque  UNA casilla para cada programa a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) . . .         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programa WIC (mujeres, bebés y niños) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estampillas o cupones de alimentos. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Sección 8 asistencia de vivienda . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**139. ¿Qué categoría representa mejor el ingreso total de todas las personas en su hogar en los últimos 12 meses?**

Incluya su propio ingreso.

Incluya dinero de trabajos u otras ganancias, pensiones, intereses, rentas, pagos del Seguro Social, etc.

- de \$0 a \$10,000
- de \$10,001 a \$20,000
- de \$20,001 a \$30,000
- de \$30,001 a \$40,000
- de \$40,001 a \$50,000
- de \$50,001 a \$60,000
- de \$60,001 a \$75,000
- de \$75,001 a \$100,000
- de \$100,001 a \$150,000
- \$150,001 o más

**140. ¿Cuántos años ha vivido en este domicilio?**

Escriba "0" si menos de 1 año.

años en este domicilio

**141. ¿Esta vivienda...**

Marque  UNA solamente.

- Es propiedad de alguien en el hogar o la Está pagando alguien en este hogar,
- Es alquilada por alguien en este hogar o
- Es ocupado por algún otro tipo de acuerdo?

**142. ¿Tiene acceso al Internet en un celular?**

- No
- Sí

**143. ¿Tiene acceso al Internet en la casa en una computadora o tableta?**

- No
- Sí

**144. ¿Con qué frecuencia utiliza el Internet?**

- Todos los días
- Algunas veces a la semana
- Algunas veces al mes
- Algunas veces al año
- Nunca



## **Muchas gracias.**

*Por favor devuelva esta encuesta en el sobre pre-estampillado que se incluye. Si se le perdió el sobre, envíe por correo la encuesta llena a:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24126237



## Preguntas Frecuentes

**P: ¿Cómo obtuvo la dirección de mi casa?**

R: Su dirección fue seleccionada al azar entre todos los domicilios en el país. Fue seleccionada usando un método científico de muestreo para representar a otros hogares en los Estados Unidos.

**P: ¿Cómo obtuvo el nombre y la edad de mi hijo?**

R: Cuando usted nos devolvió la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación inicial, seleccionamos a un niño(a) al azar para hacer preguntas adicionales sobre él. Estamos interesados en comprender las experiencias del cuidado y educación temprana de su hijo.

**P: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que contestar esto?**

R: Usted representa a miles de otros hogares como el suyo, y no podemos encuestar a otra persona en su lugar. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Puede decidir no responder a alguna o todas las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que responda a esta encuesta y la devuelva. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en estadísticas claves que se utilizan por los legisladores e investigadores.

**P: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

R: Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos. No se darán a conocer sus datos individuales. Sus respuestas se podrán usar con propósitos estadísticos solamente y no se podrán dar a conocer ni usar de modo que se pudieran identificar con usted, para ningún otro propósito, salvo como lo exige la ley (Sección 9573, 20 del Código de los Estados Unidos).

**P: Tengo más de un niño(a) en mi hogar. ¿Recibiré encuestas adicionales para los otros niños(as) de mi hogar?**

R: No, cada hogar recibirá una encuesta solamente para un niño(a), incluso si hay varios niños(as) en el hogar. En los hogares con varios niños(as), un niño(a) fue seleccionado al azar para ser incluido en el estudio.

**P: ¿Cómo ayudarán mis respuestas al Departamento de Educación?**

R: El Departamento de Educación quiere comprender el cuidado y la educación temprana de los niños(as). Esta encuesta es la única manera en la que el Departamento de Educación puede saber acerca de los tipos de cuidado y actividades de educación temprana que los niños(as) reciben. Sus respuestas se combinarán con las de otros hogares para informar a educadores, legisladores, escuelas y universidades acerca de los cambios en el estado de la educación en los Estados Unidos. Puede encontrar los informes de encuestas pasadas en [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**P: ¿Quién patrocina este estudio? ¿Este estudio es llevado a cabo por el gobierno federal?**

R: El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación, dentro del Departamento de Educación, está autorizado para llevar a cabo este estudio (Sección 9543, 20 del Código de los Estados Unidos). La Oficina del Censo de los EE.UU. está llevando a cabo un estudio de parte del Departamento de Educación. Este estudio fue aprobado por la Oficina de Administración y Presupuesto, la oficina que controla todas las encuestas patrocinadas federalmente.



# Encuesta sobre la experiencia de los estudiantes y las familias con sus escuelas

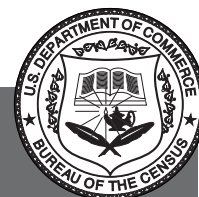
Parte de la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación 2016



Gracias por su colaboración con esta encuesta. De acuerdo con la información que recibimos de su hogar en su última encuesta, quisiéramos pedirle que complete esta última parte.

Administrada por

**Departamento de Comercio de los Estados Unidos  
Administración de Economía y Estadísticas  
Oficina del Censo de los Estados Unidos**



**NHES-PFI(S)**  
(06/30/2015)





---

---

## Instrucciones

- ◆ En respuesta a la encuesta que usted respondió anteriormente, anotamos que el niño(a) que se nombra a continuación no ha comenzado kindergarten todavía. Si este niño(a) asiste a una escuela pública o privada o recibe sus clases de kindergarten a 12° Grado (o su equivalente) en el hogar, por favor llámenos al número sin cargo 1-888-840-8353 para hacérselo saber.
- ◆ Estas preguntas las debe responder uno de los padres o tutores que sepa sobre:

Por favor responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en este niño(a).

- ◆ Para responder a una pregunta, simplemente marque  la casilla que mejor represente su respuesta.
- ◆ Por favor, si es posible, use una pluma o bolígrafo de tinta negra o azul para responder a esta encuesta.
- ◆ Por favor regrese esta encuesta en el sobre con franqueo pre-pagado que le hemos proporcionado.

---

---

El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES, por sus siglas en inglés) dentro el Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES. Usted no está obligado a proporcionar la información que se le pide. Sin embargo, la información que usted proporcione ayudará al Departamento de Educación en su continuo esfuerzo por mejorar las experiencias educativas de niños y familias. No existe sanción alguna si usted decidiera no participar en este estudio. Sus respuestas solo se usarán para fines estadísticos y no serán divulgadas, utilizadas o identificables para ningún otro fin excepto en lo requerido por la ley (20 USC § 9573). Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control válido para esta encuesta voluntaria es 1850-0768. Se estima que el tiempo requerido para completar esta encuesta es un promedio de 20 minutos por persona, que incluye el revisar las instrucciones, encontrar la información necesaria, completar y revisar la encuesta. Si tiene comentarios sobre la validez de este estimado de tiempo, sugerencias de como mejorar la encuesta, o cualquier comentario o inquietud con respecto al estado de su encuesta en particular, por favor escriba a: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Por favor no envíe encuestas completas a esta dirección. Puede enviar un correo electrónico a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, comuníquese gratis llamando al 1-888-840-8353.





## Educación del niño(a)

- ▶ **Gracias por su colaboración con la encuesta anterior que su hogar contestó.**
- ▶ **Responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en el niño(a) que se nombra a continuación:**

### 1. ¿En qué grado o año escolar está este niño(a)?

Si a este niño(a) no le asignaron un grado específico, marque o escriba el grado al que estaría asistiendo en una escuela con grados normales.

El niño(a) todavía no ha empezado kindergarten

Por favor, NO CONTINÚE y llame al teléfono 1-888-840-8353 para verificar que usted recibió la encuesta correcta.

Kindergarten todo el día

Kindergarten parte del día

grado (de 1 a 12)

### 2. ¿A qué tipo de escuela asiste este niño(a)?

Privada, católica

Privada, religiosa pero no católica

Privada, no religiosa

Escuela pública

PASE A la pregunta 5

### 3. ¿Es ésta la escuela asignada del distrito?

La escuela asignada del distrito es aquella escuela que le corresponde basado en la ubicación de su domicilio.

No

Sí

### 4. ¿Es ésta escuela una escuela chárter?

No

Sí

### 5. ¿Se mudó usted a su vecindario actual para que este niño(a) pudiera asistir a su escuela actual?

No

Sí

### 6. ¿Le permite su distrito escolar público escoger a qué escuela pública usted desea que este niño(a) asista?

admisión a un programa magnet o "magnet program" en una escuela pública, transferirse a otra escuela pública dentro del distrito o transferirse a una escuela pública fuera del distrito.

No

Sí

No sé

### 7. ¿Consideró otras escuelas para este niño(a)?

No

PASE A la pregunta 9

Sí

### 8. Al decidir entre diferentes escuelas, ¿buscó usted información sobre el desempeño de las escuelas que estaba considerando, por ejemplo, puntajes en pruebas, tasas de deserción escolar, etc.?

No

Sí

### 9. ¿Es la escuela a la que asiste este niño(a) su primera opción, es decir, la escuela a la que usted más quería que asistiera?

No

Sí

### 10. Desde el comienzo de este año escolar, ¿ha estado este niño(a) en la misma escuela?

No

Sí

### 11. ¿En qué mes de este año escolar comenzó este niño(a) a asistir a su escuela actual?

mes (del 1 al 12)



12. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la siguiente afirmación:  
"Este niño(a) disfruta de la escuela."

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

13. Por favor cuéntenos acerca de las calificaciones o notas de este niño(a) durante este año escolar. En general, en todas las materias, ¿qué calificaciones o notas obtiene este niño(a)?

- Casi siempre A  
 Casi siempre B  
 Casi siempre C  
 Casi siempre D o menos  
 La escuela de este niño(a) no da estas calificaciones

14. ¿Está el niño(a) inscrito en algún curso avanzado llamado Advanced Placement AP en la secundaria?

*Advanced Placement es un programa que ofrece cursos a nivel universitario a los estudiantes de secundaria, con la opción de tomar los exámenes AP para obtener créditos universitarios.*

- No  
 Sí

15. Desde el comienzo de este año escolar, ¿cuántas veces se ha comunicado la escuela o alguno de los maestros de este niño(a) con un adulto en su hogar respecto a lo siguiente?

Anote '0' si ninguna vez

Cantidad de veces

- |   |                      |
|---|----------------------|
| a. Problemas de comportamiento que este niño(a) está teniendo en la escuela.....  | <input type="text"/> |
| b. Problemas que este niño(a) está teniendo con las tareas o trabajo escolar..... | <input type="text"/> |
| c. Muy buen comportamiento.....   | <input type="text"/> |
| d. Muy buen trabajo escolar.....  | <input type="text"/> |

16. Desde el comienzo de este año escolar, ¿cuántos días ha estado este niño(a) ausente de la escuela?

días

17. Desde que comenzó kindergarten, ¿ha repetido este niño(a) algún grado?

- No → **PASE A la pregunta 19**  
 Sí

18. ¿Qué grado o grados repitió?

Marque  todo lo que corresponda.

**Escuela primaria a escuela intermedia**

- Kindergarten  
 Primer grado  
 Segundo grado  
 Tercer grado  
 Cuarto grado  
 Quinto grado  
 Sexto grado  
 Séptimo grado  
 Octavo grado

**Escuela preparatoria/secundaria (High School)**

- Grado nueve - *freshman*  
 Grado diez - *sophomore*  
 Grado once - *junior*  
 Grado doce - *senior*

19. ¿Ha tenido este niño(a) alguna vez las siguientes experiencias?

Marque  UNA casilla en cada experiencia a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Suspensión fuera de la escuela.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Suspensión dentro de la escuela, sin contar castigos... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ha sido expulsado de la escuela.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**20. ¿Qué tan lejos espera usted que este niño(a) llegue con su educación?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Que complete menos de escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que se gradúe de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que asista a una escuela vocacional o técnica después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que asista a la universidad durante dos años o más
- Que obtenga un título universitario
- Que obtenga un título de maestría o título de escuela profesional más allá de una licenciatura.

**21. ¿Cómo describiría el trabajo de este niño(a) en la escuela?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Excelente
- Por encima de lo normal
- Normal
- Por debajo de lo normal
- Fracasando

**22. ¿Está el niño(a) tomando algún curso relacionado con la escuela por el Internet en lugar de hacerlo en persona con un maestro(a)?**

No incluya cursos que requieran el uso del Internet para algunas asignaturas.

- No → **PASE A la pregunta 25**
- Sí

**23. ¿Cuál de los siguientes lugares proporciona esas clases?**

Marque  todo lo que corresponda.

- Su escuela pública local
- Su estado
- Una escuela chárter
- Otra escuela pública
- Una escuela privada
- Una universidad o 'community college'
- Algún otro lugar – Especifique: ↴

**24. ¿Hay algún cargo o cuota por estas clases?**

- No
- Sí

**25. Algunos padres deciden educar a sus hijos en el hogar en vez de mandarlos a una escuela pública o privada. ¿Recibe este niño(a) sus clases en el hogar en lugar de en la escuela para algunas clases o asignaturas?**

- No → **PASE A la pregunta 30**
- Sí

**26. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor el arreglo de educación en el hogar para este niño?**

- Este niño recibe la educación en el hogar para todas las clases o asignaturas
- Este niño recibe la educación en el hogar para algunas de las clases o asignaturas y también asiste a la escuela pública o privada
- Este niño no recibe la educación en el hogar. Este niño asiste a la escuela pública o privada para todas las clases o asignaturas

**PASE A la pregunta 27**

↴  
**PASE A la pregunta 30**



**27. ¿Cuántas horas a la semana va normalmente este niño(a) a una escuela para recibir instrucción? No incluya el tiempo que dedica a actividades extracurriculares.**

"horas" (Rellenar la casilla)

**28. Hay diferentes razones por las que los padres eligen la educación en el hogar para sus hijos. ¿Eligió su familia la educación en el hogar para su hijo porque:**

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Le preocupa el ambiente en la escuela, como la seguridad, las drogas, o la influencia negativa de otros alumnos? . . . | ▼                        | ▼                        |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Está insatisfecho con la instrucción académica en otras escuelas? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Prefiere educar a este niño(a) en el hogar para poder ofrecerle instrucción religiosa? . . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Prefiere educar a este niño(a) en el hogar para poder ofrecerle instrucción moral? . . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Este niño(a) tiene un problema físico o mental que ha durado seis meses o más? . . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Este niño(a) tiene una enfermedad temporal que le impide asistir a la escuela? . . .                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Este niño(a) tiene alguna otra necesidad especial que usted siente que la escuela no puede satisfacer? . . . . .       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Usted está interesado en un enfoque no tradicional hacia la educación de los niño(a)s? . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Usted tiene otra razón para educar a su niño(a) en el hogar? – Especifique: (Rellenar la casilla) ↴                    |                          |                          |

**29. Entre las razones por las que su familia decidió educar a este niño(a) en el hogar, ¿cuál diría usted que es la más importante para usted?**

*Escriba la letra de la pregunta 28 para la razón más importante por la que decidió educar a su niño(a) en el hogar.*

"letra de la pregunta 28" (Rellenar la casilla)



## Familias y escuela

**30. Desde el comienzo de este año escolar, ¿algún adulto en el hogar ha hecho cualquiera de las siguientes cosas en la escuela de este niño(a)?**

Marque  UNA casilla para cada actividad a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistió a una actividad de la escuela o clase, como una obra de teatro, baile, evento deportivo o feria de ciencias . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Prestó servicios voluntarios en la clase del niño(a) o en otro lugar de la escuela. . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Asistió a una reunión general de la escuela, por ejemplo, open house, o noche de regreso a la escuela. . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Asistió a una reunión de la asociación de padres y maestros. . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Fue a una reunión programada periódicamente con el maestro de este niño(a). . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Participó en la recolección de fondos para la escuela . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Participó en un comité escolar . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Se reunió con un consejero de la escuela. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**31. Durante este año escolar, ¿cuántas veces ha asistido algún adulto del hogar a las reuniones o ha participado en las actividades en la escuela de este niño(a)?**

cantidad de veces

**32. Durante este año escolar, ¿ha recibido su familia algo de lo siguiente?**

**a. Notas o correos electrónicos de maestros o administradores de la escuela específicamente sobre este niño(a)**

No

Sí

**b. Boletines, memorandos o notificaciones enviados a todos los padres.**

No

Sí

**c. Llamadas telefónicas de maestros o administradores de la escuela específicamente sobre este niño(a)**

No

Sí

**33. ¿Qué tan bien se ha desempeñado la escuela de este niño(a) en los siguientes aspectos durante este año escolar?**

**a. Avisarle cómo este niño(a) le va en la escuela entre las libretas de calificaciones.**

Muy bien

Bien

No muy bien

No lo hace en absoluto

**b. Darle información sobre cómo ayudar a este niño(a) con las tareas o trabajos escolares.**

Muy bien

Bien

No muy bien

No lo hace en absoluto



**c. Darle información sobre por qué este niño(a) está en determinados grupos o clases.**

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- No lo hace en absoluto

**d. Darle información sobre lo que se espera de usted en la escuela de este niño(a).**

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- No lo hace en absoluto

**e. Darle información sobre cómo ayudar a este niño(a) a hacer planes para la universidad o escuela vocacional.**

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- No lo hace en absoluto
  
- No aplica

**34. ¿Qué tan satisfecho o insatisfecho está usted con cada uno de los aspectos a continuación?**

**a. La escuela a la que este niño(a) asiste este año.**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

**b. Los maestros que este niño(a) tiene este año.**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

**c. La calidad académica de la escuela.**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

**d. El orden y la disciplina en la escuela.**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

**e. La forma en que el personal escolar interactúa con los padres.**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho



## Tareas

35. ¿Con qué frecuencia hace las tareas este niño(a), ya sea en casa, en un programa después de clases o en otro lugar fuera de la escuela?

- Menos de una vez a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 días o más a la semana
- Nunca
- El niño(a) no tiene tareas o trabajo escolar

**PASE A la pregunta 42**

36. En una semana común y corriente, ¿cuántas horas pasa este niño(a) haciendo tareas fuera de la escuela?

horas a la semana

37. ¿Qué piensa usted sobre la cantidad de tareas que le asignan a este niño(a)?

- La cantidad está bien
- Es demasiado
- Es muy poco

38. ¿Qué piensa este niño(a) sobre la cantidad de tareas que le asignan?

- La cantidad está bien
- Es demasiado
- Es muy poco

39. ¿Hay un lugar en su casa asignado para que este niño(a) haga su tarea?

- No
- Sí
- El niño(a) no hace tarea en casa

40. ¿Con qué frecuencia comprueba un adulto en el hogar si este niño(a) ha hecho su tarea?

- Nunca
- Raramente
- Algunas veces
- Siempre

41. Durante este año escolar, ¿aproximadamente cuántos días a la semana alguien de su hogar ayuda a este niño(a) con la tarea?

- Menos de una vez a la semana
- 1 a 2 días a la semana
- 3 a 4 días a la semana
- 5 días o más a la semana
- Nunca



## Actividades en familia

**42. Durante la semana pasada, ¿ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?**

Marque  UNA casilla para cada actividad a continuación.

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Contarle un cuento (no incluya leerle al niño(a)). . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer actividades como artes y manualidades, colorear, pintar, pegar o usar plastilina . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Jugar a juegos de mesa o armar rompecabezas con el niño(a). . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Trabajar en un proyecto como construir, hacer o arreglar algo. . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hacer deportes, juegos activos o ejercicios juntos . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablar con el niño(a) sobre cómo usar el tiempo . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablar con el niño(a) sobre la historia de la familia o las raíces culturales. . . . .           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**43. En la semana pasada, ¿cuántos días cenó la familia junta?**

Escriba '0' si ninguna.

días

**44. En el mes pasado, ¿ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?**

Marque  UNA casilla para cada actividad a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Ir a la biblioteca. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a la librería . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ir a una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo. . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ir a una galería de arte, museo o sitio histórico . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ir al zoológico o al acuario. . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Asistir a un evento patrocinado por una comunidad, grupo étnico o religioso. . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistir a un evento deportivo fuera de la escuela en el cual este niño(a) no era un jugador . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





## Salud del niño(a)

45. En general, ¿cómo describiría la salud de este niño(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

46. ¿Le ha dicho un profesional de la salud o de educación que este niño(a) tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

Marque  UNA casilla para cada problema de salud a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Una discapacidad intelectual (retraso mental) . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un impedimento del habla o de lenguaje. . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un trastorno emocional grave. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera u otro impedimento del oído. . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera u otro impedimento de la vista que no se corrige con anteojos . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un impedimento ortopédico . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autismo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Trastorno generalizado del desarrollo (PDD, en inglés) . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Trastorno de deficiencia de atención (ADD o ADHD, en inglés) . . . . .          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Una discapacidad específica de aprendizaje. . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Un retraso del desarrollo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lesión traumática en el cerebro . . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otro impedimento de la salud que dure 6 meses o más . . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. ¿Contestó sí a alguno de los problemas en la pregunta 46?

No → **PASE A la pregunta 55**

Sí

48. ¿Está este niño(a) recibiendo servicios para su problema de salud?

No → **PASE A la pregunta 53**

Sí

49. ¿Ofrecen estos servicios alguna de las siguientes fuentes?

Marque  UNA casilla para cada fuente a continuación.

|   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Su distrito escolar local. . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una agencia estatal o local de salud o servicios sociales . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un médico, clínica u otro proveedor de cuidado médico. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La escuela privada del niño(a). . . . .                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. ¿Se ofrecen algunos de estos servicios por medio de un Programa individualizado de educación (IEP, por sus siglas en inglés) o plan de servicios?

No → **PASE A la pregunta 53**

Sí

51. ¿Trabajó algún adulto en su hogar con el proveedor de servicios o con la escuela para diseñar o cambiar el IEP o plan de servicios de este niño(a)?

No

Sí

24136111



**52. Durante este año escolar, ¿Qué tan satisfecho o insatisfecho está usted con los siguientes aspectos del IEP o plan de servicios de este niño(a)?**

**a. ¿La comunicación entre su familia y el proveedor de servicios o la escuela?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
  
- No corresponde

**b. ¿El maestro de educación especial o el terapeuta del niño(a)?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
  
- No corresponde

**c. ¿La capacidad del proveedor de servicios o de la escuela para adaptarse a las necesidades especiales de este niño(a)?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
  
- No corresponde

**d. ¿El compromiso por parte del proveedor de servicios o de la escuela para ayudar a que este niño(a) aprenda?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
  
- No corresponde

**53. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a alguna clase o servicio de educación especial?**

- No
- Sí

**54. ¿El problema de salud de este niño(a) afecta su capacidad para hacer algunas de las siguientes cosas...**

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Aprender. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participar en deportes, clubes u otras actividades organizadas. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Asistir a la escuela de manera habitual. . . . .                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hacer amigos. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Historia del niño(a)

55. ¿En qué mes y año nació este niño(a)?

|                      |   |                      |
|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
| mes                  |   | año                  |

56. ¿Dónde nació este niño(a)?

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia

**PASE A la pregunta 58**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)

Otro país

57. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| edad                 |

58. ¿Es este niño(a) de origen hispano, latino, o español?

No

Sí

59. ¿Cuál es la raza de este niño(a)? Puede marcar una o más razas.

India americana o nativa de Alaska

Asiática

Negra o africana americana

Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico

Blanca

60. ¿De qué sexo es este niño(a)?

Masculino

Femenino

61. ¿El niño(a) vive en este domicilio y en otro domicilio (por ejemplo, como resultado del acuerdo de custodia)?

*No incluya propiedades vacacionales.*

No → **PASE A la pregunta 63**

Sí

62. Si contesto afirmativamente, este niño(a)...

¿Pasa la mayor parte del tiempo en este domicilio?

¿Pasa la mayor parte del tiempo en otro domicilio?

¿Pasa el mismo tiempo en ambos domicilios?

63. ¿Qué idioma habla este niño(a) principalmente en el hogar?

Marque  UNA casilla solamente.

El niño(a) no puede hablar

**PASE A la pregunta 65**

Inglés

Español

Otro idioma aparte del inglés o español

Inglés y español por igual

Inglés y otro idioma por igual

64. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a clases de inglés como segundo idioma, educación bilingüe o a un programa de inmersión al inglés?

No

Sí



# Los miembros de su familia

## 65. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

Incluya a los adultos y niños que se encuentren temporalmente fuera del hogar (por ejemplo, aquellos que vivan en las residencias universitarias) si no tienen otro domicilio permanente.

personas

## 66. ¿Cuántas de las siguientes personas viven en el hogar con este niño(a)?

No incluya a este niño en su respuesta

Ejemplo: Hermanos

| De este niño(a)...   | Anote '0' si ninguno.<br>Número |
|--|---------------------------------|
| a. Hermano(s).....   | <input type="text"/>            |
| b. Hermana(s).....   | <input type="text"/>            |
| c. Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta)..... | <input type="text"/>            |
| d. Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto)..... | <input type="text"/>            |
| e. Tía(s).....   | <input type="text"/>            |
| f. Tío(s).....   | <input type="text"/>            |
| g. Abuela(s).....  | <input type="text"/>            |
| h. Abuelo(s).....  | <input type="text"/>            |
| i. Primo(s).....   | <input type="text"/>            |
| j. Novia/Novio o pareja de alguno de los padres.....       | <input type="text"/>            |
| k. Otro(s) familiar(es).....                               | <input type="text"/>            |
| l. Otra(s) persona(s) que no es familiar.....              | <input type="text"/>            |

## 67. ¿Cuál es su relación o parentesco con este niño(a)?

Marque  UNA casilla solamente.

- Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta)
- Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto)
- Tía
- Tío
- Abuela
- Abuelo
- Novia/Novio o pareja de alguno de los padres
- Otra relación o parentesco – especifique: ↴

## 68. ¿Qué idioma(s) hablan en casa los adultos de este hogar?

Marque  todo lo que corresponda.

- Inglés
- Español o creole (criollo) español
- Francés (incluyendo patuá, creole, cajún)
- Chino
- Otras idiomas – especifique: ↴



## La familia del niño(a)

**UNO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de este niño(a), conteste las preguntas 69 a 89 con sus datos personales.

Si usted no es el padre, la madre ni el tutor legal de este niño(a), responda las preguntas 69 a 89 con los datos de uno de los padres o tutores legales de este niño(a) que viva en este hogar.

### 69. Es esta persona...

- El padre (o madre) biológico
- El padre (o madre) adoptivo
- El padrastro o madrastra
- El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)
- El abuelo o abuela
- Otro tutor legal

### 70. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

- Masculino
- Femenino

### 71. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

- Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 73**
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

### 72. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- No
- Sí

### 73. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 78**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 74. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 78**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 75. ¿Qué tan difícil es para esta persona participar en actividades en la escuela de este niño(a) debido a que habla un idioma diferente al inglés?

- Muy difícil
- Un poco difícil
- Nada difícil

### 76. ¿La escuela tiene intérpretes que hablan la lengua materna de la persona para reuniones o conferencias entre padres y maestros?

- No
- Sí


### 77. ¿La escuela tiene materiales como boletines o notificaciones que son traducidos en el idioma materno de esta persona?

- No
- Sí



**78. ¿Dónde nació esta persona?**

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

 **PASE A la pregunta 80**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)

Otro país

**79. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?**

edad

**80. ¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?**

No

Sí

**81. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.**

India americana o nativa de Alaska

Asiática

Negra o africana americana

Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico

Blanca

**82. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNA casilla solamente.

Grado 8 o menos

Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó

Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)

Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)

Algunos cursos universitarios, sin diploma

Grado asociado (AA, AS)

Título de licenciatura (BA, BS)

Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título

Título de maestría (MA, MS)

Título de doctorado (PhD, EdD)

Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**83. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

No

Sí



84. **¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNA casilla solamente.

Empleada por pagos o ingresos

Trabaja por su propia cuenta

Desempleada o no está trabajando → **PASE A la pregunta 86**

Estudiante de tiempo completo

Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as) } **PASE A la pregunta 87**

Jubilada

Discapacitada o no puede trabajar

85. **(Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**

horas → **PASE A la pregunta 87**

horas

86. **(Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

No

Sí

87. **En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?**

meses

meses

88. **¿Qué edad tiene esta persona?**

edad

edad

89. **¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?**

edad

edad

No sé

## OTRO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR

*Usted ya ha respondido acerca de uno de los padres de este niño(a), sea éste su padre, madre o tutor legal. Ahora, responda por favor las preguntas 90 a 111 pensando en la segunda persona que también es padre, madre o tutor legal de este niño(a) y que vive en el hogar.*

90. **¿Hay otro padre, madre, o tutor que vive en este hogar?**

No → **PASE A la pregunta 112**

Sí

91. **Esta persona es...**

El padre (o madre) biológico

El padre (o madre) adoptivo

El padrastro o madrastra

El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)

El abuelo o abuela

Otro tutor legal

92. **¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?**

Masculino

Femenino

93. **¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?**

Marque  UNA casilla solamente.

Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 95**

Viudo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Nunca se ha casado

94. **¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?**

No

Sí



95. **¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 100**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

96. **¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 100**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

97. **¿Qué tan difícil es para esta persona participar en actividades en la escuela de este niño(a) debido a que habla un idioma diferente al inglés?**

- Muy difícil
- Un poco difícil
- Nada difícil

98. **¿La escuela tiene intérpretes que hablan la lengua materna de la persona para reuniones o conferencias entre padres y maestros?**

- No
- Sí

99. **¿La escuela tiene materiales como boletines o notificaciones que son traducidos en el idioma materno de esta persona?**

- No
- Sí

100. **¿Dónde nació esta persona?**

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

→ **PASE A la pregunta 102**

- Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)

- Otro país

101. **¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?**

edad

102. **¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?**

- No
- Sí

103. **¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.**

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca





**104. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**105. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

- No
- Sí

**106. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **PASE A la pregunta 108**
- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as) → **PASE A la pregunta 109**
- Jubilada
- Discapacitada o no puede trabajar

**107. (Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**

→ **PASE A la pregunta 109**  
horas

**108. (Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

- No
- Sí

**109. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?**

meses

**110. ¿Qué edad tiene esta persona?**

edad

**111. ¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?**

edad

- No sé



## Su hogar

### 112. En los últimos 12 meses, ¿recibió alguna vez su familia beneficios de alguno de los siguientes programas?

Marque  UNA casilla para cada programa a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) . . .         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programa WIC (mujeres, bebés y niños) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estampillas o cupones de alimentos. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Sección 8 asistencia de vivienda . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 113. ¿Qué categoría representa mejor el ingreso total de todas las personas en su hogar en los últimos 12 meses?

Incluya su propio ingreso.

Incluya dinero de trabajos u otras ganancias, pensiones, intereses, rentas, pagos del Seguro Social, etc.

- de \$0 a \$10,000
- de \$10,001 a \$20,000
- de \$20,001 a \$30,000
- de \$30,001 a \$40,000
- de \$40,001 a \$50,000
- de \$50,001 a \$60,000
- de \$60,001 a \$75,000
- de \$75,001 a \$100,000
- de \$100,001 a \$150,000
- \$150,001 o más

### 114. ¿Cuántos años ha vivido en este domicilio?

Escriba "0" si menos de 1 año.

años en este domicilio

### 115. ¿Esta vivienda...

Marque  UNA solamente.

- Es propiedad de alguien en el hogar o la Está pagando alguien en este hogar,
- Es alquilada por alguien en este hogar o
- Es ocupado por algún otro tipo de acuerdo?

### 116. ¿Tiene acceso al Internet en un celular?

- No
- Sí

### 117. ¿Tiene acceso al Internet en la casa en una computadora o tableta?

- No
- Sí

### 118. ¿Con qué frecuencia utiliza el Internet?

- Todos los días
- Algunas veces a la semana
- Algunas veces al mes
- Algunas veces al año
- Nunca



**119. Quisiéramos identificar la escuela de este niño(a) para poder incluir información de la escuela en nuestro estudio.**

**De la lista de escuelas a continuación, marque  la casilla de la escuela a la que asiste este niño(a). Si la escuela de este niño(a) no está en la lista, PASE a la pregunta 120.**

| Nombre de la escuela<br>▼ | Dirección<br>▼ | Ciudad<br>▼ |
|---------------------------|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |
| <input type="checkbox"/>  |                |             |



24136210

120. Para ayudarnos a identificar la escuela a la que este niño(a) asiste, anote el nombre y la dirección de la escuela de este niño(a) en los espacios a continuación.

Por favor use letras mayúsculas, por ejemplo:

S C H O O L

a. Nombre de la escuela

NOMBRE DE LA ESCUELA

b. Dirección de la escuela

NÚMERO Y CALLE

c. Ciudad de la escuela

CIUDAD

d. Estado de la escuela

ESTADO

e. Código postal de la escuela

CÓDIGO  
POSTAL

24136228



## **Muchas gracias.**

*Por favor devuelva esta encuesta en el sobre pre-estampillado que se incluye. Si se le perdió el sobre, envíe por correo la encuesta llena a respondido:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24136236



## Preguntas Frecuentes

**P: ¿Cómo obtuvo la dirección de mi casa?**

R: Su dirección fue seleccionada al azar entre todos los domicilios en el país. Fue seleccionada usando un método científico de muestreo para representar a otros hogares en los Estados Unidos.

**P: ¿Cómo obtuvo el nombre y el grado de mi hijo?**

R: Cuando usted nos devolvió la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación inicial, seleccionamos a un niño(a) al azar para hacer preguntas adicionales sobre él. Estamos interesados en comprender las experiencias escolares de su hijo.

**P: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que contestar esto?**

R: Usted representa a miles de otros hogares como el suyo, y no podemos encuestar a otra persona en su lugar. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Puede decidir no responder a alguna o todas las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que responda a esta encuesta y la devuelva. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en estadísticas claves que se utilizan por los legisladores e investigadores.

**P: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

R: Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos. No se darán a conocer sus datos individuales. Sus respuestas se podrán usar con propósitos estadísticos solamente y no se podrán dar a conocer ni usar de modo que se pudieran identificar con usted, para ningún otro propósito, salvo como lo exige la ley (Sección 9573, 20 del Código de los Estados Unidos).

**P: Tengo más de un niño(a) en mi hogar. ¿Recibiré encuestas adicionales para los otros niños(as) de mi hogar?**

R: No, cada hogar recibirá una encuesta solamente para un niño(a), incluso si hay varios niños(as) en el hogar. En los hogares con varios niños(as), un niño(a) fue seleccionado al azar para ser incluido en el estudio.

**P: ¿Cómo ayudarán mis respuestas al Departamento de Educación?**

R: El Departamento de Educación quiere comprender el estado de la educación en los Estados Unidos. Esta encuesta es la única manera en la que el Departamento de Educación puede saber acerca de la educación escolar desde su perspectiva. Sus respuestas se combinarán con las de otros hogares para informar a educadores, legisladores, escuelas y universidades acerca de los cambios en el estado de la educación en los Estados Unidos. Puede encontrar los informes de encuestas pasadas en [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**P: ¿Quién patrocina este estudio? ¿Este estudio es llevado a cabo por el gobierno federal?**

R: El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación, dentro del Departamento de Educación, está autorizado para llevar a cabo este estudio (Sección 9543, 20 del Código de los Estados Unidos). La Oficina del Censo de los EE.UU. está llevando a cabo un estudio de parte del Departamento de Educación. Este estudio fue aprobado por la Oficina de Administración y Presupuesto, la oficina que controla todas las encuestas patrocinadas federalmente.



# Encuesta sobre la educación en el hogar en los Estados Unidos

Parte de la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación 2016



Gracias por su colaboración con esta encuesta. De acuerdo con la información que recibimos de su hogar en su última encuesta, quisiéramos pedirle que complete esta última parte.

Administrado por

**Departamento de Comercio de los Estados Unidos  
Administración de Economía y Estadísticas  
Oficina del Censo de los Estados Unidos**



**NHES-PFIHS(S)**  
(07/01/2015)



---

---

## Instrucciones

- ◆ En respuesta a la encuesta que usted respondió anteriormente, anotamos que el niño(a) que se nombra a continuación recibe algunas de sus clases en el hogar. Si este niño(a) asiste a una escuela pública o privada o no recibe sus clases de kindergarten a 12° Grado (o su equivalente) en el hogar, por favor llámenos al número sin cargo 1-888-840-8353 para hacérselo saber.
- ◆ Estas preguntas las debe responder uno de los padres o tutores que sepa sobre:

Por favor responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en este niño(a).

- ◆ Para responder a una pregunta, simplemente marque  la casilla que mejor represente su respuesta.
- ◆ Por favor, si es posible, use una pluma o bolígrafo de tinta negra o azul para responder a esta encuesta.
- ◆ Por favor regrese esta encuesta en el sobre con franqueo pre-pagado que le hemos proporcionado.

---

---

El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES, por sus siglas en inglés) dentro el Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES. Usted no está obligado a proporcionar la información que se le pide. Sin embargo, la información que usted proporcione ayudará al Departamento de Educación en su continuo esfuerzo por mejorar las experiencias educativas de niños y familias. No existe sanción alguna si usted decidiera no participar en este estudio. Sus respuestas solo se usarán para fines estadísticos y no serán divulgadas, utilizadas o identificables para ningún otro fin excepto en lo requerido por la ley (20 USC § 9573). Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos.

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control válido para esta encuesta voluntaria es 1850-0768. Se estima que el tiempo requerido para completar esta encuesta es un promedio de 20 minutos por persona, que incluye el revisar las instrucciones, encontrar la información necesaria, completar y revisar la encuesta. Si tiene comentarios sobre la validez de este estimado de tiempo, sugerencias de como mejorar la encuesta, o cualquier comentario o inquietud con respecto al estado de su encuesta en particular, por favor escriba a: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Por favor no envíe encuestas completas a esta dirección. Puede enviar un correo electrónico a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, comuníquese gratis llamando al 1-888-840-8353.





## Educación en el hogar del niño(a)

- ▶ **Gracias por su colaboración con la encuesta anterior que su hogar contestó.**
- ▶ **Responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en el niño(a) que se nombra a continuación:**

1. **¿Quién es la persona que le ofrece principalmente la instrucción en el hogar al niño(a)?**

- Madre
- Padre
- Abuelo o abuela
- Hermano/hermana
- Otra persona:

↳ ¿Quién es la persona?

2. **¿Este niño(a) recibe de un tutor o maestro privado parte de su instrucción en el hogar?**

- No
- Sí

3. **¿Recibe este niño(a) alguna parte de su instrucción de un grupo o cooperativa local para la educación en el hogar?**

- No
- Sí

4. **¿Asiste este niño(a) a alguna escuela o universidad para recibir su instrucción?**

- No → **PASE A la pregunta 7**
- Sí

5. **¿A qué tipo de escuela asiste este niño(a)?**

Marque  todas las que correspondan.

- Escuela pública (K-12)
- Escuela privada (K-12)
- Universidad o Community college

6. **¿Cuántas horas a la semana va normalmente este niño(a) a una escuela para recibir instrucción? No incluya el tiempo que dedica a actividades extracurriculares.**

horas



7. ¿En qué grado estaría este niño(a) si estuviera asistiendo a la escuela?

Marque  UNA solamente.

Kindergarten

Grado (1 al 12)

8. Las siguientes preguntas le piden que calcule aproximadamente el tiempo que usted dedica a la educación en el hogar de este niño(a).

a. ¿Cuántos días a la semana recibe este niño(a) educación en el hogar?

días a la semana

b. ¿Alrededor de cuántas horas en total a la semana recibe educación en el hogar?

horas a la semana

9. Desde septiembre, ¿ha participado este niño(a) en actividades con otros niño(a)s que reciben educación en el hogar?

No

Sí

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el estilo de enseñanza que se usa para la educación en el hogar de este niño(a)?

Marque  UNA solamente.

Seguimos estrictamente un currículo formal.

Principalmente seguimos un currículo formal, pero también usamos aprendizaje informal (i.e., aprendizaje dirigido por el niño(a), "momentos de enseñanza").

Principalmente usamos enseñanza informal, pero a veces usamos un currículo formal.

Siempre usamos aprendizaje informal, y nunca seguimos un currículo formal.

11. Pensando en las fuentes de currículos o libros que usted usa en la educación en el hogar de este niño(a), díganos por favor todas las fuentes que corresponden a su caso.

Desde septiembre, ¿ha usado usted materiales de...

Marque  UNA casilla para cada fuente a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. una biblioteca pública? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. una editorial de catálogos o una persona que se especializa en materiales para educación en el hogar? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. otra editorial educacional? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. una organización de educación en el hogar? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. una iglesia, sinagoga u otra organización religiosa? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. su escuela pública o distrito escolar? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. una escuela privada? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. una librería u otra tienda (incluyendo el Internet)? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. sitios de Internet, excepto las tiendas? . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. otra fuente – especifique: ↴ . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. En el año pasado, ¿ha recibido usted o algún otro familiar algún curso, ya sea por Internet o en persona, para ayudarle a preparar la educación en el hogar de su hijo(a)?

No

Sí, tanto por Internet como en persona

Sí, por Internet solamente

Sí, en persona solamente



13. Algunos niños(as) con educación en el hogar reciben cursos por Internet impartidos por personas que no son del hogar. ¿Recibe este niño(a) alguna instrucción de esta manera?

No → **PASE A la pregunta 16**

Sí

14. ¿Cuál de los siguientes lugares proporciona esas clases?

Marque  todos lo que corresponden.

- Su escuela pública local
- Una escuela charter
- Otra escuela pública
- Una escuela privada
- Una Universidad o Community college
- Ofrecida por mi estado
- Algún otro lugar – Especifique: ↴

15. ¿Hay algún cargo o tarifa por esa instrucción?

No

Sí

16. Pensando en los niveles típicos de grados, ¿para qué grados recibió este niño(a) educación en el hogar, al menos para algunas clases o asignaturas?

Marque  todas las que correspondan.

Incluya el año actual.

**Escuela primaria a escuela intermedia**

- Kindergarten (Incluido K de transición y Pre-primer grado)
- Primer grado
- Segundo grado
- Tercer grado
- Cuarto grado
- Quinto grado
- Sexto grado
- Séptimo grado
- Octavo grado

**Escuela preparatoria/secundaria (High School)**


- Grado nueve - *freshman*
- Grado diez - *sophomore*
- Grado once - *junior*
- Grado doce - *senior*



**17. Hay diferentes razones por las que los padres eligen la educación en el hogar para sus hijos. ¿Elegió su familia la educación en el hogar para su hijo porque:**

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

No      Sí  
▼      ▼

- a. Le preocupa el ambiente en la escuela, como la seguridad, las drogas, la influencia negativa de otros alumnos? . . .
  - b. Está insatisfecho con la instrucción académica en otras escuelas? . . . . .
  - c. Prefiere educar a este niño(a) en el hogar para poder ofrecerle instrucción religiosa? . . . . .
  - d. Prefiere educar a este niño(a) en el hogar para poder ofrecerle instrucción moral? . . . . .
  - e. Este niño(a) tiene un problema físico o mental que ha durado seis meses o más? . . . . .
  - f. Este niño(a) tiene una enfermedad temporal que le impide asistir a la escuela? . . . . .
  - g. Este niño(a) tiene alguna otra necesidad especial que usted siente que la escuela no puede satisfacer? . . . . .
  - h. Usted está interesado en un enfoque no tradicional hacia la educación de los niño(a)s? . . . . .
  - i. Usted tiene otra razón para educar a su niño(a) en el hogar? . . . . .
- Especifique (Rellenar la casilla): 

**18. Entre las razones por las que su familia decidió educar a este niño(a) en el hogar, ¿cuál diría usted que es la más importante para usted?**

Escriba la letra de la pregunta 17 para la razón más importante por la que decidió educar a su niño(a) en el hogar.

"letra de la pregunta 17" (Rellenar la casilla)

**19. ¿Qué tan lejos espera usted que este niño(a) llegue con su educación?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Que complete menos de escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que se gradúe de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que asista a una escuela vocacional o técnica después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Que asista a dos o más años de universidad
- Que obtenga un título universitario
- Que obtenga un posgrado o un grado especializado posterior a un título universitario

24246068



**20. Pensando en todos los años en los que este niño(a) ha recibido educación en el hogar, ¿en cuál de las áreas a continuación ha recibido este niño(a) enseñanza durante su instrucción en el hogar?**

Marque  todas las que correspondan.

- Arte
- Música
- Aritmética
- Álgebra elemental (Álgebra I)
- Álgebra avanzada (Álgebra II)
- Geometría
- Cálculo
- Probabilidad
- Investigación o experimentos científicos
- Ciencias de la tierra o Geología
- Biología
- Química o Física
- Geografía
- Lectura básica / técnicas de lectura
- Ortografía
- Lengua o literatura
- Ciencias de computadora (ej. programación de computadoras)
- Ciencias sociales, historia, estudios sociales
- Lengua extranjera
- Educación física o gimnasia
- Salud

**21. ¿Cuáles de las materias a continuación están siendo enseñadas a este niño actualmente?**

Marque  todas las que correspondan.

- Arte
- Música
- Aritmética
- Álgebra elemental (Álgebra I)
- Álgebra avanzada (Álgebra II)
- Geometría
- Cálculo
- Probabilidad
- Investigación o experimentos científicos
- Ciencias de la tierra o Geología
- Biología
- Química o Física
- Geografía
- Lectura básica / técnicas de lectura
- Ortografía
- Lengua o literatura
- Ciencias de computadora (ej. programación de computadoras)
- Ciencias sociales, historia, estudios sociales
- Lengua extranjera
- Educación física o gimnasia
- Salud

24246076



## Actividades en familia

**22. Durante la semana pasada, ¿ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?**

Marque  UNA casilla para cada actividad a continuación.

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Contarle un cuento (no incluya leerle al niño(a)). . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hacer actividades como artes y manualidades, colorear, pintar, pegar o usar plastilina . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Jugar a juegos de mesa o armar rompecabezas con el niño(a). . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Trabajar en un proyecto como construir, hacer o arreglar algo. . . . .                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hacer deportes, juegos activos o ejercicios juntos . . . . .                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hablar con el niño(a) sobre cómo usar el tiempo . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablar con el niño(a) sobre la historia de la familia o las raíces culturales. . . . .           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. En la semana pasada, ¿cuántos días cenó la familia junta?**

Escriba '0' si ninguna.

días

**24. En el mes pasado, ¿ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?**

Marque  UNA casilla para cada actividad a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Ir a la biblioteca. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ir a la librería . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Ir a una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo. . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ir a una galería de arte, museo o sitio histórico . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ir al zoológico o al acuario. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Asistir a un evento patrocinado por una comunidad, grupo étnico o religioso. . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistir a un evento deportivo fuera de la escuela en el cual este niño(a) no era un jugador . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. ¿Participa su familia en las actividades o reuniones de la asociación local de educación en el hogar, cooperativa u otro grupo local de educación en el hogar?**

No → **PASE A la pregunta 27**

Sí

**26. Desde septiembre, ¿cuántas veces ha ido su familia a reuniones o ha participado en las actividades de la asociación local de educación en el hogar, cooperativa u otro grupo local de educación en el hogar?**

número de veces

**27. ¿Es su familia o alguien en su hogar miembro de una organización nacional de educación en el hogar?**

No

Sí



## Salud del niño(a)

28. En general, ¿cómo describiría la salud de este niño(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

29. ¿Le ha dicho un profesional de la salud o de educación que este niño(a) tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

Marque  UNA casilla para cada problema de salud a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Una discapacidad intelectual (retraso mental) . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un impedimento del habla o de lenguaje. . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un trastorno emocional grave. . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera u otro impedimento del oído. . . . .                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera u otro impedimento de la vista que no se corrige con anteojos . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un impedimento ortopédico . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autismo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Trastorno generalizado del desarrollo (PDD, en inglés). . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Trastorno de deficiencia de atención (ADD o ADHD, en inglés). . . . .           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Una discapacidad específica de aprendizaje. . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Un retraso del desarrollo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lesión traumática en el cerebro . . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otro impedimento de la salud que dure 6 meses o más . . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. ¿Contestó sí a alguno de los problemas en la pregunta 29?

No → **PASE A la pregunta 38**

Sí

31. ¿Está este niño(a) recibiendo servicios para su problema de salud?

No → **PASE A la pregunta 36**

Sí

32. ¿Ofrecen estos servicios alguna de las siguientes fuentes?

Marque  UNA casilla para cada fuente a continuación.

|   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Su distrito escolar local. . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Una agencia estatal o local de salud o servicios sociales . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un médico, clínica u otro proveedor de cuidado médico. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. La escuela privada del niño(a). . . . .                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. ¿Se ofrecen algunos de estos servicios por medio de un Programa individualizado de educación (IEP, por sus siglas en inglés) o plan de servicios?

No → **PASE A la pregunta 36**

Sí

34. ¿Trabajó algún adulto en su hogar con el proveedor de servicios o con la escuela para diseñar o cambiar el IEP o plan de servicios de este niño(a)?

No

Sí

24246092



**35. Desde septiembre, ¿qué tan satisfecho o insatisfecho ha estado usted con los siguientes aspectos del IEP o plan de servicios de este niño(a)?**

**a. ¿La comunicación entre su familia y el proveedor de servicios o la escuela?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No corresponde

**b. ¿El maestro de educación especial o el terapeuta del niño(a)?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No corresponde

**c. ¿La capacidad del proveedor de servicios o de la escuela para adaptarse a las necesidades especiales de este niño(a)?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No corresponde

**d. ¿El compromiso por parte del proveedor a que este niño(a) aprenda?**

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No corresponde

**36. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a alguna clase o servicio de educación especial?**

- No
- Sí

**37. ¿El problema de salud de este niño(a) afecta su capacidad para hacer algunas de las siguientes cosas...**

Marque  UNA casilla para cada opción a continuación.

|  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Aprender.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participar en deportes, clubes u otras actividades organizadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Asistir a la escuela de manera habitual.....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hacer amigos.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





## Historia del niño(a)

38. ¿En qué mes y año nació este niño(a)?

|     |   |     |  |  |  |  |  |
|-----|---|-----|--|--|--|--|--|
|     | / |     |  |  |  |  |  |
| mes |   | año |  |  |  |  |  |

39. ¿Dónde nació este niño(a)?

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia

**PASE A la pregunta 41**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)

Otro país

40. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

|      |  |
|------|--|
|      |  |
| edad |  |

41. ¿Es este niño(a) de origen hispano, latino, o español?

No

Sí

42. ¿Cuál es la raza de este niño(a)? Puede marcar una o más razas.

India americana o nativa de Alaska

Asiática

Negra o africana americana

Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico

Blanca

43. ¿De qué sexo es este niño(a)?

Masculino

Femenino

44. ¿El niño(a) vive en este domicilio y en otro domicilio (por ejemplo, como resultado del acuerdo de custodia)?

*No incluya propiedades vacacionales.*

No → **PASE A la pregunta 46**

Sí

45. Si contesto afirmativamente, este niño(a)...

¿Pasa la mayor parte del tiempo en este domicilio?

¿Pasa la mayor parte del tiempo en otro domicilio?

¿Pasa el mismo tiempo en ambos domicilios?

46. ¿Qué idioma habla este niño(a) principalmente en el hogar?

Marque  UNA casilla solamente.

El niño(a) no ha comenzado a hablar

**PASE A la pregunta 48**

Inglés

Español

Otro idioma aparte del inglés o español

Inglés y español por igual

Inglés y otro idioma por igual

47. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a clases de inglés como segundo idioma, educación bilingüe o a un programa especial de inmersión al inglés?

No

Sí



## Los miembros de su familia

### 48. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

Incluya a los adultos y niños que se encuentren temporalmente fuera del hogar (por ejemplo, aquellos que vivan en las residencias universitarias) si no tienen otro domicilio permanente.

personas

### 49. Además de los padres o tutores legales que ya se incluyeron, ¿cuántas de las siguientes personas viven en el hogar con este niño(a)?


No incluya a este niño en su respuesta.

Ejemplo: Hermanos

| De este niño(a)...   | Anote '0' si ninguno.<br>Número |
|--|---------------------------------|
| a. Hermano(s).....   | <input type="text"/>            |
| b. Hermana(s).....   | <input type="text"/>            |
| c. Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta)..... | <input type="text"/>            |
| d. Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto)..... | <input type="text"/>            |
| e. Tía(s).....   | <input type="text"/>            |
| f. Tío(s).....   | <input type="text"/>            |
| g. Abuela(s).....  | <input type="text"/>            |
| h. Abuelo(s).....  | <input type="text"/>            |
| i. Primo(s).....   | <input type="text"/>            |
| j. Novia/Novio o pareja de alguno de los padres.....       | <input type="text"/>            |
| k. Otro(s) familiar(es).....                               | <input type="text"/>            |
| l. Otra(s) persona(s) que no es familiar.....              | <input type="text"/>            |


### 50. ¿Cuál es su relación o parentesco con este niño(a)?

Marque  UNA casilla solamente.

- Madre (biológica, adoptiva, madrastra o sustituta)
- Padre (biológico, adoptivo, padrastro o sustituto)
- Tía
- Tío
- Abuela
- Abuelo
- Novia/Novio o pareja de alguno de los padres
- Otra relación o parentesco – especifique: 

### 51. ¿Qué idioma(s) hablan en casa los adultos de este hogar?

Marque  todo lo que corresponda.

- Inglés
- Español o creole (criollo) español
- Francés (incluyendo patuá, creole, cajún)
- Chino
- Otras idiomas – especifique: 



## La familia del niño(a)

**UNO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de este niño(a), conteste las preguntas 52 a 69 con sus datos personales.

Si usted no es el padre, la madre ni el tutor legal de este niño(a), responda las preguntas 52 a 69 con los datos de uno de los padres o tutores legales de este niño(a) que viva en este hogar.

### 52. Es esta persona...

- El padre (o madre) biológico
- El padre (o madre) adoptivo
- El padrastro o madrastra
- El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)
- El abuelo o abuela
- Otro tutor legal

### 53. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

- Masculino
- Femenino

### 54. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

- Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 56**
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

### 55. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- No
- Sí

### 56. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 58**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 57. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

### 58. ¿Dónde nació esta persona?

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

→ **PASE A la pregunta 60**

- Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)
- Otro país

### 59. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

### 60. ¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?

- No
- Sí



**61. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.**

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

**62. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin diploma
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**63. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

- No
- Sí

**64. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **PASE A la pregunta 66**
- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as) } **PASE A la pregunta 67**
- Jubilada
- Discapacitada o no puede trabajar

**65. (Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**



**PASE A la pregunta 67**

horas

**66. (Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

- No
- Sí

**67. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?**

meses



68. ¿Qué edad tiene esta persona?

edad

69. ¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?

edad

No sé

## OTRO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR

Responda por favor las preguntas 70 a 88 sobre la segunda persona que también es padre, madre o tutor legal de este niño(a) y que vive en el hogar.

70. ¿Hay otro padre, madre, o tutor que vive en este hogar?

No → **PASE A la pregunta 89**

Sí

71. Esta persona es...

El padre (o madre) biológico

El padre (o madre) adoptivo

El padrastro o madrastra

El padre (o madre) de custodia temporal (Foster)

El abuelo o abuela

Otro tutor legal

72. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

Masculino

Femenino

73. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 75**

Viudo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Nunca se ha casado

74. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

No

Sí



75. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés → **PASE A la pregunta 77**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

76. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNA casilla solamente.

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

77. ¿Dónde nació esta persona?

Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o en el Distrito de Columbia

→ **PASE A la pregunta 79**

Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)

Otro país

78. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

79. ¿Es esta persona de origen hispano, latino, o español?

- No
- Sí

80. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

81. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?

Marque  UNA casilla solamente.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)



82. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?

No

Sí

83. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?

Marque  UNA casilla solamente.

Empleada por pagos o ingresos

Trabaja por su propia cuenta

Desempleada o no está trabajando

**PASE A la pregunta 85**

Estudiante de tiempo completo

Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as)

**PASE A la pregunta 86**

Jubilada

Discapacitada o no puede trabajar

84. (Si está empleado o trabaja por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?



**PASE A la pregunta 86**

horas

85. (Si está desempleado o no está trabajando). ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?

No

Sí

86. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?

meses

87. ¿Qué edad tiene esta persona?

edad

88. ¿Qué edad tenía esta persona la primera vez que se convirtió en padre (o madre) o tutor legal de algún niño(a)?

edad

No sé



## Su hogar

**89. En los últimos 12 meses, ¿recibió alguna vez su familia beneficios de alguno de los siguientes programas?**

Marque  UNA casilla para cada programa a continuación.

- |  | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) . . .         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programa WIC (mujeres, bebés y niños) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Estampillas o cupones de alimentos. . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Sección 8 asistencia de vivienda . . . . .                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**90. ¿Qué categoría representa mejor el ingreso total de todas las personas en su hogar en los últimos 12 meses?**

Incluya su propio ingreso.

Incluya dinero de trabajos u otras ganancias, pensiones, intereses, rentas, pagos del Seguro Social, etc.

- de \$0 a \$10,000
- de \$10,001 a \$20,000
- de \$20,001 a \$30,000
- de \$30,001 a \$40,000
- de \$40,001 a \$50,000
- de \$50,001 a \$60,000
- de \$60,001 a \$75,000
- de \$75,001 a \$100,000
- de \$100,001 a \$150,000
- \$150,001 o más

**91. ¿Cuántos años ha vivido en este domicilio?**

Escriba "0" si menos de 1 año.

años en este domicilio

**92. ¿Esta vivienda...**

Marque  UNA solamente.

- Es propiedad de alguien en el hogar o la Está pagando alguien en este hogar,
- Es alquilada por alguien en este hogar o
- Es ocupado por algún otro tipo de acuerdo?

**93. ¿Tiene acceso al Internet en un celular?**

- No
- Sí

**94. ¿Tiene acceso al Internet en la casa en una computadora o tableta?**

- No
- Sí

**95. ¿Con qué frecuencia utiliza el Internet?**

- Todos los días
- Algunas veces a la semana
- Algunas veces al mes
- Algunas veces al año
- Nunca

24246183





## **Muchas gracias.**

*Por favor devuelva esta encuesta en el sobre pre-estampillado que se incluye. Si se le perdió el sobre, envíe por correo la encuesta llena a respondido:*

**U.S. Census Bureau  
ATTN: DCB 60-A (7198)  
1201 E. 10th Street  
Jeffersonville, IN 47132-0001**

24246191



## Preguntas frecuentes

**P: ¿Cómo obtuvo la dirección de mi casa?**

R: Su dirección fue seleccionada al azar entre todos los domicilios en el país. Fue seleccionada usando un método científico de muestreo para representar a otros hogares en los Estados Unidos.

**P: ¿Cómo obtuvo el nombre y el grado de mi hijo?**

R: Cuando usted nos devolvió la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación inicial, seleccionamos a un niño(a) al azar para hacer preguntas adicionales sobre él. Estamos interesados en comprender las experiencias escolares de su hijo.

**P: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que contestar esto?**

R: Usted representa a miles de otros hogares como el suyo, y no podemos encuestar a otra persona en su lugar. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Puede decidir no responder a alguna o todas las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que responda a esta encuesta y la devuelva. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en estadísticas claves que se utilizan por los legisladores e investigadores.

**P: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

R: Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos. No se darán a conocer sus datos individuales. Sus respuestas se podrán usar con propósitos estadísticos solamente y no se podrán dar a conocer ni usar de modo que se pudieran identificar con usted, para ningún otro propósito, salvo como lo exige la ley (Sección 9573, 20 del Código de los Estados Unidos).

**P: Tengo más de un niño(a) en mi hogar. ¿Recibiré encuestas adicionales para los otros niños(as) de mi hogar?**

R: No, cada hogar recibirá una encuesta solamente para un niño(a), incluso si hay varios niños(as) en el hogar. En los hogares con varios niños(as), un niño(a) fue seleccionado al azar para ser incluido en el estudio.

**P: ¿Cómo ayudarán mis respuestas al Departamento de Educación?**

R: El Departamento de Educación quiere comprender el estado de la educación en los Estados Unidos. Esta encuesta es la única manera en la que el Departamento de Educación puede saber acerca de la educación en el hogar desde su perspectiva. Esta encuesta será la fuente principal de información para el Departamento de Educación sobre las actividades educativas que se llevan a cabo en los hogares estadounidenses. Sus respuestas se combinarán con las de otros hogares para informar a educadores, legisladores, escuelas y universidades acerca de los cambios del estado de la educación en los Estados Unidos. Puede encontrar los informes de encuestas pasadas en [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

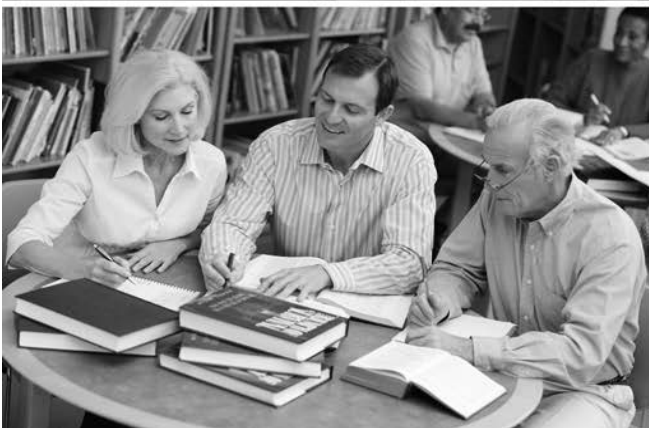
**P: ¿Quién patrocina este estudio? ¿Este estudio es llevado a cabo por el gobierno federal?**

R: El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación, dentro del Departamento de Educación, está autorizado para llevar a cabo este estudio (Sección 9543, 20 del Código de los Estados Unidos). La Oficina del Censo de los EE.UU. está llevando a cabo un estudio de parte del Departamento de Educación. Este estudio fue aprobado por la Oficina de Administración y Presupuesto, la oficina que controla todas las encuestas patrocinadas federalmente.



# ENCUESTA SOBRE LA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN PARA ADULTOS

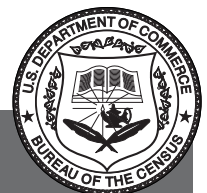
Parte de la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación del 2016



Gracias por ayudarnos con esta encuesta. Basándonos en la información que recibimos de su hogar en su última encuesta, le pedimos que por favor complete este último paso.

Encuesta realizada por el:

**DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS ESTADOS UNIDOS**  
Administración de Economía y Estadística  
Oficina del Censo de los Estados Unidos



**NHES-ATES(S)**  
(06/22/2015)



---

---

## INSTRUCCIONES

- ◆ En respuesta a la encuesta que usted respondió anteriormente, anotamos que la persona que se nombra a continuación tiene entre 16 y 65 años, no asiste a la preparatoria/secundaria (high school) y vive en este hogar. Si esta información no es correcta, por favor llame a nuestra línea gratuita 1-888-840-8353 para informarnos.
- ◆ Estas preguntas las debe responder:

Nadie más en el hogar debe completar esta encuesta.

- ◆ Para responder a una pregunta, simplemente marque  la casilla que mejor represente su respuesta.
- ◆ Por favor, si es posible, use una pluma o bolígrafo de tinta negra o azul para responder a esta encuesta.
- ◆ Por favor devuelva esta encuesta en el sobre pre-estampillado que se incluye.

---

---

El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación (NCES, por sus siglas en inglés) dentro el Departamento de Educación está autorizado a realizar este estudio por medio de la Reforma a la Ley de las Ciencias de la Educación del 2002 (ESRA 2002; título 20; sección 9543). La Oficina del Censo de Estados Unidos administra esta encuesta en nombre de NCES. Usted no está obligado a proporcionar la información que se le pide. Sin embargo, la información que usted proporcione ayudará al Departamento de Educación en su continuo esfuerzo por mejorar las experiencias educativas de niños y familias. No existe sanción alguna si usted decidiera no participar en este estudio. Sus respuestas solo se usarán para fines estadísticos y no serán divulgadas, utilizadas o identificables para ningún otro fin excepto en lo requerido por la ley (20 USC § 9573). Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos.

De acuerdo a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control válido para esta encuesta voluntaria es 1850-0768. Se estima que el tiempo requerido para completar esta encuesta es un promedio de 10 minutos por persona, que incluye el revisar las instrucciones, encontrar la información necesaria, completar y revisar la encuesta. Si tiene comentarios sobre la validez de este estimado de tiempo, sugerencias de como mejorar la encuesta, o cualquier comentario o inquietud con respecto al estado de su encuesta en particular, por favor escriba a: Sarah Grady, National Household Education Survey, National Center for Education Statistics, 1990 K Street, NW, Room 9016, Washington, DC 20006-5650. Por favor no envíe encuestas completas a esta dirección. Puede enviar un correo electrónico a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, comuníquese gratis llamando al 1-888-840-8353.



## Educación

### 1. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que usted completó?

Marque  UNA casilla solamente.

- Escuela Primaria preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó o GED®
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school)
- GED® u otro credencial de equivalencia de escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios pero menos de un año de créditos universitarios
- 1 o más años de créditos universitarios, sin título
- Grado Asociado (AA, AS)
- Título de Licenciatura (BA, BS)
- Título de Maestría (MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)
- Título de Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD)

### 2. ¿Cuál de las siguientes frases describe el campo de estudio para el nivel más alto de instrucción que ha completado?

Marque  UNA casilla solamente.

Si hay más de una, escoja la que considere más importante.

- Estudios Generales, ninguna especialización o especialización no especificada
- Agente de la ley, seguridad o bombero
- Agricultura
- Apoyo administrativo
- Atención médica
- Bellas artes o música
- Ciencias de computadora e informática
- Ciencias o matemáticas
- Ciencias sociales, ciencias políticas, económicas e historia
- Comunicaciones o periodismo
- Construcción, reparación, manufactura, o transporte
- Contabilidad, finanzas, seguros, o bienes raíces
- Cosmetología
- Educación
- Humanidades/Artes liberales
- Ingeniería o arquitectura
- Lengua o literatura inglesa
- Leyes o estudios legales
- Negocios, gerencia o marketing
- Psicología
- Servicios sociales o humanos, administración pública
- Tecnologías de audio, difusión, multimedia o gráficas
- Vocaciones religiosas o teología
- Otro – Por favor, especifique: ↴



## Certificaciones y Licencias

3. ¿Está actualmente inscrito en una universidad, escuela técnica o comercial, u otra escuela?

- No
- Sí, como estudiante de medio tiempo
- Sí, como estudiante de tiempo completo

4. Desde que salió de la escuela secundaria, ¿ha tomado usted clases para aprender inglés como segundo idioma, también llamado ESL o ESOL?

- No
- Sí

5. Desde que salió de la escuela secundaria, ¿ha tomado usted clases de lectura para mejorar cómo lee? No incluya clases a nivel universitario.

- No
- Sí

6. ¿Tiene usted una certificación profesional o una licencia estatal o industrial que esté actualmente activa? No incluya licencias comerciales, tales como de licor o de máquinas expendedoras (vending machines).

*Una certificación o licencia profesional muestra que usted está cualificado(a) para realizar un trabajo específico e incluye profesiones tales como agente de bienes raíces, asistente médico certificado, maestro certificado o una certificación de tecnologías de la información.*

No → **PASE A la pregunta 30**

Sí

7. Si contestó que sí, ¿cuántas certificaciones y licencias tiene usted que estén actualmente activas?

*Si usted tuvo que obtener una certificación para poder conseguir una licencia, cuente cada certificación y licencia por separado.*

número de certificaciones y licencias

8. Las siguientes preguntas son acerca de la certificación o licencia que considera más importante para usted. ¿Cuál es el nombre de su certificación o licencia más importante?

9. ¿Para qué tipo de trabajo es su certificación o licencia más importante?



10. ¿Es su certificación o licencia más importante requerida por un gobierno federal, estatal o local (por ejemplo una junta estatal) para poder realizar ese tipo de trabajo?

- No  
 Sí  
 No lo sé

11. ¿Le podrían quitar o suspender su certificación o licencia más importante por alguna razón?

- No  
 Sí  
 No lo sé

12. ¿En qué año obtuvo su certificación o licencia más importante?

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

13. ¿Se preparó usted para obtener su certificación o licencia más importante realizando alguna de las siguientes actividades?

Marque  UNA casilla para CADA OPCIÓN a continuación

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tomando clases en una universidad, escuela técnica o escuela vocacional (escuela para aprender oficios)? . . . . .            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tomando clases o recibiendo capacitación/entrenamiento de una compañía, asociación, sindicato o instructor privado? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Estudiando por su propia cuenta usando libros de texto o recursos de internet? . . . . .                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Es su certificación o licencia más importante para su empleo actual?

- No se aplica, no trabajo actualmente  
 No  
 Sí

15. ¿Qué tan útil ha sido su certificación o licencia más importante para cada una de las siguientes situaciones?

a. Conseguir un empleo

- No fue útil  
 Un poco útil  
 Muy útil  
 Es muy pronto para saberlo

b. Mantener un empleo

- No fue útil  
 Un poco útil  
 Muy útil  
 Es muy pronto para saberlo

c. Mantener el interés de los empleadores o clientes en usted

- No fue útil  
 Un poco útil  
 Muy útil  
 Es muy pronto para saberlo

d. Mejorar sus habilidades para el trabajo

- No fue útil  
 Un poco útil  
 Muy útil  
 Es muy pronto para saberlo

16. ¿Tiene otra certificación o licencia actualmente activa?

- No → **PASE A la pregunta 30**  
 Sí

17. Si contestó que sí, ¿Cuál es el nombre de su segunda certificación o licencia más importante?

|  |
|--|
|  |
|--|



18. ¿Para qué tipo de trabajo es su segunda certificación o licencia más importante?

19. ¿Es su segunda certificación o licencia más importante requerida por un gobierno federal, estatal o local (por ejemplo una junta estatal) para poder realizar ese tipo de trabajo?

- No
- Sí
- No lo sé

20. ¿Le podrían quitar o suspender su segunda certificación o licencia más importante por alguna razón?

- No
- Sí
- No lo sé

21. ¿En qué año obtuvo su segunda certificación o licencia más importante?

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

22. ¿Se preparó usted para obtener su segunda certificación o licencia más importante realizando alguna de las siguientes actividades?

Marque  UNA casilla para CADA OPCIÓN a continuación

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Tomando clases en una universidad, escuela técnica o escuela vocacional (escuela para aprender oficios)? .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Tomando clases o recibiendo capacitación/entrenamiento de una compañía, asociación, sindicato o instructor privado? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Estudiando por su propia cuenta usando libros de texto o recursos de internet? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. ¿Es su segunda certificación o licencia más importante para su empleo actual?

- No se aplica, no trabajo actualmente
- No
- Sí

24. ¿Qué tan útil ha sido su segunda certificación o licencia más importante para cada una de las siguientes situaciones?

**a. Conseguir un empleo**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Es muy pronto para saberlo

**b. Mantener un empleo**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Es muy pronto para saberlo

**c. Mantener el interés de los empleadores o clientes en usted**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Es muy pronto para saberlo

**d. Mejorar sus habilidades de trabajo**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Es muy pronto para saberlo

241146060





25. ¿Tiene otra certificación o licencia actualmente activa?

No → PASE A la pregunta 30

Sí

26. Si contestó que sí, ¿Cuál es el nombre de su tercera certificación o licencia más importante ?

27. ¿Para qué tipo de trabajo es su tercera certificación o licencia más importante?

28. ¿Es su tercera certificación o licencia más importante requerida por un gobierno federal, estatal o local (por ejemplo una junta estatal) para poder realizar ese tipo de trabajo?

No

Sí

No lo sé

29. ¿Le podrían quitar o suspender su tercera certificación o licencia más importante por alguna razón?

No

Sí

No lo sé

## Certificados

30. Las personas a veces reciben certificados por completar un programa educativo o de capacitación. Estos certificados son diferentes de una certificación o licencia. No incluya aquí certificaciones/ licencias. ¿Alguna vez ha obtenido usted algunos de los siguientes tipos de certificados?

a. Un certificado por completar un programa de capacitación de un empleador, agencia de empleo, sindicato, manufacturero de programas o equipos informáticos, o cualquier otra entidad de formación.

No

Sí

b. Un certificado por completar un programa vocacional en una escuela de secundaria (high school).

No

Sí

c. Un certificado de equivalencia de escuela secundaria (high school), tal como el GED®.

No

Sí

d. Un certificado – no un título – por completar un programa en una universidad técnica o de la comunidad, o alguna otra escuela después de la escuela secundaria. No incluya certificados de maestro o títulos universitarios.

No → PASE A la pregunta 39

Sí



**31. (Si contestó que sí.) Nos referiremos a los certificados en la pregunta 30d como certificados 'post-secundaria'. ¿Cuál fue el campo de estudio de su último certificado de post-secundaria?**

(Marque  UNA casilla solamente.)

- Agente de la ley, seguridad o bombero
- Agricultura
- Apoyo administrativo
- Artes culinarias
- Atención médica
- Bellas artes o música
- Ciencias de computadora e informática
- Contabilidad, finanzas, seguros, o bienes raíces
- Cosmetología
- Educación
- Humanidades o artes liberales
- Ingeniería
- Leyes o estudios legales
- Manufactura, producción (por ejemplo, maquinista, soldador, calderero)
- Mecánica, tecnologías de reparación
- Negocios, gerencia o marketing
- Oficios de construcción
- Servicios funerario, ciencias mortuorias
- Tecnologías de audio, difusión, multimedia o gráficas
- Transporte
- Otro – Especifique: ↴

**32. ¿Quién le otorgó su último certificado de post-secundaria?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Una universidad de la comunidad
- Una escuela vocacional, técnica, de comercio o de negocios
- Otra universidad
- Algún otro lugar – Especifique: ↴

**33. ¿Aproximadamente cuántas horas de instrucción completó usted para poder obtener su último certificado de post-secundaria?**

- 960 horas (un año escolar a tiempo completo) o más
- 480 horas (medio año a tiempo completo) a 959 horas
- 160 horas a 479 horas
- 40-159 horas
- Menos de 40 horas

**34. ¿Cuál de las siguientes opciones fue un requisito para matricularse en el último programa de certificado post-secundaria?**

Marque  UNA casilla solamente.

- Estar matriculado o haber completado un programa de título avanzado (Maestría o más alto)
- Estar matriculado o haber completado un programa de título de licenciado (bachelor's)
- Haber completado secundaria (high school) o una equivalencia de secundaria (tal como un GED®)
- Ninguna de las opciones

**35. Para obtener su último certificado de post-secundaria, ¿tuvo que completar...**

Marque  UNA casilla para cada opción

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Un número mínimo de créditos? . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Un número mínimo de horas de instrucción? . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Programas de Experiencia Laboral

36. ¿Fue su certificado de post-secundaria parte de una capacitación que recibió para conseguir una certificación o licencia profesional?

No

Sí

37. ¿Está su empleo actual relacionado con su último certificado de post-secundaria?

No se aplica, no trabajo actualmente

No

Sí, en cierto modo relacionado

Sí, muy relacionado

38. ¿Qué tan útil ha sido su último certificado post-secundaria para cada una de las siguientes situaciones?

**a. Conseguir un empleo**

No fue útil

Un poco útil

Muy útil

Muy pronto para saber

**b. Aumento en su paga**

No fue útil

Un poco útil

Muy útil

Muy pronto para saber

**c. Mejorar sus habilidades para el trabajo**

No fue útil

Un poco útil

Muy útil

Muy pronto para saber

39. ¿Ha completado alguna vez una pasantía o práctica profesional, programa de cooperación educativa, practicum, asistente jurídico (clerkship), residencia médica, experiencia clínica, programa de aprendiz, o similar?

No, y no estoy en uno ahora

No, pero estoy en uno ahora

Sí, he completado este tipo de programa

**PASE A la pregunta 50**

*Nos referimos a éstos como programas de experiencia laboral. Si usted NO ha completado ningún programa de experiencia laboral, vaya a la pregunta 50. Si usted HA completado un programa, conteste las siguientes preguntas sobre el programa de experiencia laboral que completó más recientemente.*



**40. Si su respuesta es sí, ¿para qué tipo de trabajo fue su último programa de experiencia laboral?**

Marque  UNA opción solamente.

**Oficios de construcción:**

- Carpintero
- Electricista
- Plomero, fontanero
- Obrero del metal o trabajador del acero
- Otros oficios de construcción

**Atención médica:**

- Doctor en medicina
- Enfermería o asistente de enfermero
- Otros oficios médicos

**Otros tipos de trabajo:**

- Agente de la ley, seguridad o bombero
- Chef, cocinero, preparación de comidas
- Conducción, pilotaje u otros transportes
- Contabilidad, finanzas, seguros o bienes raíces
- Cosmetología
- Enseñanza
- Gerencia, administración
- Impresión
- Ingeniería, arquitectura
- Maquinista, obrero cualificado de fabricación de herramientas
- Mecánica o trabajo de reparación
- Práctica legal
- Redes informáticas, tecnología de la información
- Servicios funerarios o ciencias mortuorias
- Técnico de servicios públicos y telecomunicaciones
- Trabajo social, asesoramiento vocaciones religiosas
- Otro – Especifique: ↘

**41. ¿Cuánto tiempo duró su programa de experiencia laboral más reciente?**

- Menos de 3 meses
- De 3 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de un año
- De 1 año a menos de 2 años
- De 2 años a menos de 3 años
- 3 años o más

**42. ¿Qué sueldo ganaba como parte de su último programa de experiencia laboral?**

- Ningún sueldo
- Un sueldo de capacitación que era menor que el salario de un trabajador totalmente cualificado
- El mismo sueldo que un trabajador totalmente cualificado

**43. Como parte de su último programa de experiencia laboral. ¿realizó usted alguna de las siguientes actividades?**

Marque  UNA casilla para CADA OPCIÓN a conti

|   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Recibí instrucción o entrenamiento por parte de un compañero o supervisor. . . . .               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tomé clases en una universidad, escuela técnica o comercial. . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tomé clases o capacitación de una compañía, asociación, sindicato o instructor privado . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24146102



**44. ¿Describe alguna de las siguientes actividades su programa de experiencia laboral más reciente?**

Marque  UNA casilla para CADA OPCIÓN a continuación

- |   | No<br>▼                  | Sí<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Fui evaluado por un compañero de trabajo o supervisor. . . . .                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Obtuve crédito universitario . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Recibí clasificación de obrero especializado al final del ciclo de aprendizaje. . . . .          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Recibí un número de certificación o registro de aprendiz del gobierno estatal o federal. . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**45. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su último programa de experiencia laboral?**

Marque  UNA casilla solamente.

- No fue parte de un programa de educación formal
- Fue parte de un programa de secundaria (high school)
- Fue parte de un programa después de la secundaria inferior a un programa de grado asociado (Associate's degree)
- Fue parte de un programa para el título de Diplomado o de Grado Asociado (Associate's degree)
- Fue parte de un programa para el título de Licenciado (Bachelor's degree)
- Fue parte de un programa de título avanzado (programa de título de Maestría o superior)

**46. ¿Considera que su último programa de experiencia laboral le ayudó (o le ayudará) a lograr una certificación o licencia profesional?**

- No
- Sí

**47. ¿Está su trabajo actual relacionado con su último programa de experiencia laboral?**

- No se aplica, no trabajo actualmente
- No
- Sí, en cierto modo relacionado
- Sí, muy relacionado

**48. En su trabajo actual, ¿qué tan a menudo usa las habilidades o el conocimiento que aprendió durante su último programa de experiencia laboral?**

- No se aplica, no trabajo actualmente
- Nunca o casi nunca
- A veces
- La mayor parte del tiempo

**49. ¿Qué tan útil fue su programa de experiencia laboral más reciente para cada una de las siguientes situaciones?**

**a. Conseguir un empleo**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Muy pronto para saberlo

**b. Aumentar su paga**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Muy pronto para saberlo

**c. Mejorar sus habilidades para el trabajo**

- No fue útil
- Un poco útil
- Muy útil
- Muy pronto para saberlo



## Empleo

50. **La semana pasada, ¿estaba usted empleado por paga en un empleo o negocio?**

*Si estuvo ausente temporalmente de un empleo o negocio (de vacaciones, enfermo temporalmente, en licencia por maternidad, etc.), conteste "Sí."*

- No → **PASE A la pregunta 56**  
 Sí

51. **Si contestó que sí, para el empleo o negocio en el cual trabajó la semana pasada, ¿era usted miembro de un sindicato laboral o de una asociación de empleados similar a un sindicato (por ejemplo, la AFL-CIO, Change to Win Federation, NEA)?**

- No  
 Sí

52. **La semana pasada, ¿Cuántos empleos tenía usted?**

número de empleos

53. **La semana pasada, ¿trabajó usted en un empleo de tiempo completo (un empleo donde usted trabaja 35 horas o más a la semana)?**

- No  
 Sí

54. **La semana pasada, ¿trabajó usted en un empleo de tiempo parcial (un empleo donde usted trabaja menos de 35 horas a la semana)?**

- No → **PASE A la pregunta 60**  
 Sí

55. **Si contestó que sí, ¿hubiera preferido que su empleo de medio tiempo fuera de tiempo completo?**

- No } **PASE A la pregunta 60**  
 Sí }

56. **La semana pasada, estuvo usted suspendido temporalmente (on layoff) de su empleo?**

- No  
 Sí

57. **Durante las últimas 4 semanas, ¿ha estado buscando empleo activamente?**

- No  
 Sí → **PASE A la pregunta 59**

58. **Si contestó que no, ¿piensa usted buscar trabajo dentro de los próximos 5 años?**

- No  
 Sí  
 No lo sé

59. **¿Cuándo fue la última vez que usted trabajó, aunque fuera por unos pocos días?**

- Nunca ha trabajado por paga → **PASE A la pregunta 71**  
 Hace más de 12 meses → **PASE A la pregunta 63**  
 En los últimos 12 meses

60. **Durante los últimos 12 meses (52 semanas), ¿cuántas semanas trabajó usted, aunque fuera por unas pocas horas? Incluya vacaciones pagadas, licencia por enfermedad pagada y servicio militar.**

- 50 a 52 semanas  
 48 a 49 semanas  
 40 a 47 semanas  
 27 a 39 semanas  
 14 a 26 semanas  
 13 semanas o menos

61. **Durante los últimos 12 meses, en las semanas que usted trabajó, ¿cuántas horas trabajó normalmente cada SEMANA?**

horas trabajadas normalmente cada SEMANA



**62. ¿Qué categoría indica mejor sus ganancias de sueldos, salarios, comisiones, bonos o propinas de todos los puestos de trabajo durante los últimos 12 meses?**

*Informe de cantidades anuales antes de las deducciones de impuestos, bonos, deudas u otras partidas.*

- \$0 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 a \$60,000
- \$60,001 a \$75,000
- \$75,001 a \$150,000
- \$150,001 o más

**63. Las próximas preguntas se refieren a su trabajo actual o a su último trabajo. Si tuvo más de un trabajo, describa el puesto donde trabajó más horas. Si no tuvo ningún trabajo o negocio la semana pasada, ofrezca la información sobre su último trabajo o negocio. En su trabajo actual o en su último trabajo, ¿para quién trabajó?**

- Si actualmente está en servicio activo en las Fuerzas Armadas, marque (X) esta casilla y escribe a continuación la rama de las Fuerzas Armadas.

Nombre de la compañía, el negocio u otro empleador:

**64. ¿Qué tipo de negocio o industria era éste?**

*(Por ejemplo: hospital, publicación de periódicos, ventas por catálogo, manufactura de automóviles, banco)*

**65. ¿Cuál de los siguientes fue usted?**

- Empleado de una compañía privada, negocio o individuo por sueldos, salario o comisión
- Empleado de un gobierno local (ciudad, condado, etc.), estatal o federal
- Empleado por cuenta propia en su negocio, práctica profesional o finca
- Trabajo sin paga para negocio o granja familiar

**66. ¿Qué tipo de trabajo hacía usted?**

*(Por ejemplo: cuidado de enfermos, administrador de personal, supervisor de ventas por catálogo, secretaria, contable)*

**67. ¿Cuáles eran sus actividades o tareas más importantes?**

*(Por ejemplo: cuidar pacientes, dirigir políticas de empleo, supervisar ventas por catálogo, escribir a máquina y archivar, conciliar registros financieros)*

**68. ¿Tenía usted una licencia requerida por una agencia del gobierno federal, estatal o local para realizar este trabajo?**

- No
- Sí



69. ¿Qué tipo de puesto tenía usted?

Permanente → **PASE A la pregunta 71**

Temporal

70. ¿Hubiera preferido trabajar en un empleo permanente?

No

Sí

## Historial

71. ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas, la Reserva o la Guardia Nacional de los Estados Unidos?

No, nunca ha estado en el servicio militar → **PASE A la pregunta 73**

Sí, pero solo en servicio activo para entrenamiento en la Reserva o la Guardia Nacional

Sí, en servicio activo ahora o en el pasado

72. ¿Ha estado usted en servicio activo desde septiembre del 2001?

No

Sí

73. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

Masculino

Femenino

74. ¿Cuál es su estado civil actual?

Marque  UNA casilla solamente

Casado(a) actualmente → **PASE A la pregunta 76**

Viudo(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Nunca se ha casado

75. ¿Vive usted actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

No

Sí

24146144





76. **Habla usted otro idioma en el hogar además del inglés?**

No → **PASE A la pregunta 78**

Sí

77. **¿Qué tan bien habla el inglés?**

Muy bien

Bien

No muy bien

No habla inglés

78. **¿Cuántos años tiene usted?**

años

79. **¿Es usted de origen hispano, latino o español?**

No

Sí

80. **¿Cuál es su raza? Puede marcar una o más razas.**

India americana o nativa de Alaska

Asiática

Negra o Africana americana

Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico

Blanca

81. **¿Tiene acceso al Internet en un celular?**

No

Sí

82. **¿Tiene acceso al Internet en la casa en una computadora o tableta?**

No

Sí

83. **¿Con qué frecuencia utiliza el Internet?**

Todos los días

Algunas veces en la semana

Algunas veces al mes

Algunas veces al año

Nunca

### **GRACIAS.**

*Por favor, devuelva esta encuesta en el sobre con el franqueo prepagado que hemos proporcionado. Si ha perdido el sobre, envíe por correo la encuesta llena a:*

#### **Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación**

**U.S. Census Bureau**

**ATTN: DCB 60-A (7198)**

**1201 E. 10th Street**

**Jeffersonville, IN 47132-0001**



## Preguntas Frecuentes

**P: ¿Cómo obtuvo la dirección de mi casa?**

R: Su dirección fue seleccionada al azar entre todos los domicilios en el país. Fue seleccionada usando un método científico de muestreo para representar todas las experiencias educativas de los adultos en los Estados Unidos.

**P: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que contestar esto?**

R: Usted representa a miles de otros adultos como usted, y no podemos encuestar a otra persona en su lugar. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Puede decidir no responder a alguna o todas las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que responda a este cuestionario y lo devuelva. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en estadísticas claves que se utilizan por los legisladores e investigadores.

**P: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

R: Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos. No se darán a conocer sus datos individuales. Sus respuestas se podrán usar con propósitos estadísticos solamente y no se podrán dar a conocer ni usar de modo que se pudieran identificar con usted, para ningún otro propósito, salvo como lo exige la ley (Sección 9573, 20 del Código de los Estados Unidos).

**P: ¿Cómo ayudarán mis respuestas al Departamento de Educación?**

R: El Departamento de Educación quiere comprender cómo los adultos adquieren y mantienen las habilidades que necesitan para el trabajo. Esta encuesta es la única manera en que el Departamento de Educación sabe acerca de la educación y capacitación que los adultos reciben de las escuelas, los empleadores y otras entidades de formación. Sus respuestas se combinarán con las de otros adultos para informar a educadores, legisladores, escuelas y universidades acerca sobre cómo los adultos en los Estados Unidos aprenden las habilidades que necesitan para el trabajo. Puede encontrar los informes de encuestas pasadas en [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**P: ¿Quién patrocina este estudio? ¿Este estudio es llevado a cabo por el gobierno federal?**

R: El Centro Nacional para Estadísticas de la Educación, dentro del Departamento de Educación, está autorizado para llevar a cabo este estudio (Sección 9543, 20 del Código de los Estados Unidos). La Oficina del Censo de los EE.UU. está llevando a cabo un estudio de parte del Departamento de Educación. Este estudio fue aprobado por la Oficina de Administración y Presupuesto, la oficina que controla todas las encuestas patrocinadas federalmente.

**P: ¿Y si tengo otras preguntas o comentarios?**

R: Puede enviar cualquier pregunta sobre el estudio por correo electrónico a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov) o puede comunicarse gratis llamando al 1-888-840-8353 con el Censo.



## Summary of Wording for Web-only Items

Screener

| Variable Name                        | Question Wording  | Response Categories   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>PFI (Enrolled and Homeschool)</b> |   |   |
| PFIRES P                             | We would like to ask some additional questions about (SAMPLED CHILD)'s education. Are you a parent or guardian in this household who knows about (SAMPLED CHILD)'s education?                   | 1 = Yes<br>2 = No   |
| PFIRELATE                            | How are you related to (sampled child)?   | 1 = Mother (birth, adoptive, step, or foster)<br>2 = Father(birth, adoptive, step, or foster)<br>3 = Aunt<br>4 = Uncle<br>5 = Grandmother<br>6 = Grandfather<br>7 = Parent's girlfriend/boyfriend/partner<br>8 = Other relationship |
| PFIRELOTH                            | How are you related to (sampled child)? Other specify   | write-in  |
| PFIEMAIL1a                           | Before we take you to the questions about(SAMPLED CHILD)'s education, would you please give us your email address in case we need to contact you further?                                       | write-in  |
| PFIMOST                              | Who is the person in <u>this household</u> who knows the most about (SAMPLED CHILD)'s education?  | list names from [P2NAME, P3NAME, P4NAME, P5NAME, P6NAME, P7NAME, P8NAME, P8NAME, P10NAME] if they are over 18   |
| PFIEMAIL2a                           | Would you please give us [PFIMOST]'s email address so that we may contact (him/her) for a brief survey about (SAMPLED CHILD)'s education?   | write-in  |
| <b>ECPP</b>                          |   |   |
| ECPPRESP                             | We would like to ask some additional questions about (SAMPLED CHILD)'s care and education. Are you a parent or guardian in this household who knows about (SAMPLED CHILD)'s care and education? | 1 = Yes<br>2 = No   |
| ECPPRELATE                           | How are you related to (sampled child)?   | 1 = Mother (birth, adoptive, step, or foster)<br>2 = Father(birth, adoptive, step, or foster)<br>3 = Aunt<br>4 = Uncle<br>5 = Grandmother<br>6 = Grandfather<br>7 = Parent's girlfriend/boyfriend/partner<br>8 = Other relationship |
| ECPPRELOTH                           | How are you related to (sampled child)? Other specify   | write-in  |
| ECPPEMAIL1a                          | Before we take you to the questions about(SAMPLED CHILD)'s education, would you please give us your email address in case we need to contact you further?                                       | write-in  |

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| ECPPMOST    | Who is the person in this household who knows the most about (SAMPLED CHILD)'s care and education?  | list names from [P2NAME, P3NAME, P4NAME, P5NAME, P6NAME, P7NAME, P8NAME, P8NAME, P10NAME] if they are over 18 |
| ECPPEMAIL2a | Would you please give us [ECPPMOST]'s email address so that we may contact (him/her) for a brief survey about (SAMPLED CHILD)'s care and education?       | write-in  |
| <b>ATES</b> |   |   |
| ATESRESP    | We would like to ask some additional questions about (SAMPLED PERSON)'s education and job training. Are you (SAMPLED PERSON)?                             | 1 = Yes<br>2 = No   |
| ATESEMAIL1a | Before we take you to the questions about education and job training, would you please give us your email address in case we need to contact you further? | write-in  |
| ATESEMAIL2a | Would you please give us (SAMPLED PERSON)'s email address so that we may contact (him/her) for a brief survey about (his/her) education and job training? | write-in  |

ECPP

| Variable Name             | Question Wording  | Response Categories |
|---------------------------|---|---------------------|
| <b>Child's Background</b> |   |                     |
| CDOB_WEB                  | Based on your household's previous response, [this child] was born in [month] of [year]. Is that correct?                                       | 2 = No<br>1 = Yes   |
| CSEX_WEB                  | Based on your household's previous response, [this child] is [gender]. Is that correct?   | 2 = No<br>1 = Yes   |
| <b>Household Members</b>  |   |                     |
| HHTOTALXX_WEB             | Based on your household's previous response, there are [total number of people in HH] people living in <u>this household</u> . Is that correct? | 2 = No<br>1 = Yes   |

PFI-Enrolled

| Variable Name             | Question Wording  | Response Categories |
|---------------------------|---|---------------------|
| <b>Child's Schooling</b>  |   |                     |
| GRADE_WEB                 | Based on your household's previous response, [this child] is currently in [grade], is that correct?       | 2 = No<br>1 = Yes   |
| <b>Child's Background</b> |   |                     |
| CDOB_WEB                  | Based on your household's previous response, [this child] was born in [month] of [year]. Is that correct? | 2 = No<br>1 = Yes   |
| CSEX_WEB                  | Based on your household's previous response, [this child] is [gender]. Is that correct?                   | 2 = No<br>1 = Yes   |

| Household Members |   |  |
|-------------------|---|--|
| HHTOTALXX_WEB     | Based on your household's previous response, there are [total number of people in HH] people living in <u>this household</u> . Is that correct? | 2 = No<br>1 = Yes  |
| Your Household    |   |  |
|                   | Please start typing the name of [this child's] school. A list of matches will pop up.   | list of schools<br>1 = I cannot find [This child]'s school |
|                   | To help us identify the school [this child] attends, please enter the name and address in the spaces below.                                     |  |

PFI-Homeschooled

| Variable Name      | Question Wording  | Response Categories |
|--------------------|---|---------------------|
| Child's Background |   |                     |
| CDOB_WEB           | Based on your household's previous response, [this child] was born in [month] of [year]. Is that correct?                                       | 2 = No<br>1 = Yes   |
| CSEX_WEB           | Based on your household's previous response, [this child] is [gender]. Is that correct?   | 2 = No<br>1 = Yes   |
| Household Members  |   |                     |
| HHTOTALXX_WEB      | Based on your household's previous response, there are [total number of people in HH] people living in <u>this household</u> . Is that correct? | 2 = No<br>1 = Yes   |

ATES

| Variable Name | Question Wording  | Response Categories |
|---------------|---|---------------------|
| Background    |   |                     |
| CSEX_WEB      | Based on your household's previous response, you are [gender]. Is that correct? | 2 = No<br>1 = Yes   |