**OMB CARGA DE DECLARACIÓN:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0584-0524. El tiempo para completar esta solicitud de información se estima como parte de los 5 minutos durante el reclutamiento, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

**Attachment A: Screener for Parents/Caregivers (Spanish Version)**

**Evaluador para padres/tutores**

**Por favor, elija la opción que mejor responda a cada pregunta para usted.**

 **1. ¿Eres el padre o tutor de los niños que viven en casa con usted?** ( ) Sí

( ) no

**2. ¿Cuántos niños hay en su hogar para los cuales usted es el padre o tutor legal?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ¿Qué edad tienen cada uno de estos niños?**

* 1. Niño #1\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Niño #2\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Niño #3\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. Niño #4\_\_\_\_\_\_\_\_
	5. Niño #5­\_\_\_\_\_\_\_\_
	6. Niño #6\_\_\_\_\_\_\_\_

 **4. Nivel de pobreza federal ajustado por el tamaño de los hogares (ver Tabla 3).**

1. ¿Cuál es el tamaño de su hogar (Incluyendo usted)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Tabla 4 Solo para uso interno – Umbral de ingresos para participación.* |
| Tamaño de hogar | Máximo ingreso Anualdel hogar |
| 1 | $21,589.00$29,100.00$36,611.00$44,122.00$51,633.00$59,144.00$66,655.00$74,166.00 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |
| 7 |
| 8 |

1. ¿Cuál es su ingreso familiar anual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **¿Cuál es su sexo?**

( ) Masculino

( ) Feminino

1. **¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Etnicidad**

( ) Hispano o Latino

( ) No Hispano o Latino

1. **Raza (seleccione uno o más)**

( ) Indio Americano o Nativo de Alaska

( ) Asiático

( ) Negro o afroamericano

( ) Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

( ) Blanco

1. **¿Cuál es su país de origen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Alguien en su familia trabaja en cualquiera de las siguientes industrias?**

( ) Nutrición / Comida Servicio

( ) Gimnasio

( ) Fabricación de productos alimenticios

( ) Servicio de comida en la escuela

( ) Programas de asistencia de alimentos/ Nutrición