



Número OMB: 0584-XXXX

Fecha de vencimiento:

## E1. ENCUESTA SOBRE LA EVALUACIÓN NACIONAL DE LOS SERVICIOS E IDONEIDAD ALIMENTARIOS (NAMES)

### SUMMARY:

Interviewers will conduct the household survey with parents/guardians sampled from income eligibility applications.

The interviewer will contact the household by phone for recruitment and to schedule an appointment to conduct the survey. A few days prior to the scheduled date, the interviewer will confirm the date/time for the interview. The interviewer will travel to the respondent's home (or other designated location) to conduct the survey. At the completion of the interview, the respondent will receive a gift card for \$30 or \$50. The respondent will receive \$30 for completing the interview. If the respondent completes the interview and provides income documentation during the interview, they will receive an additional \$20 (for a total of \$50).

Interviewers will ensure that respondents are aware that participation in this study is voluntary and will not affect any benefits their child may be receiving. All information is kept private and will never be disclosed in a manner that would identify the parent/guardian or their child.

De acuerdo con la Ley de reducción del papeleo de 1995, ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB. El número de control vigente de OMB para esta recolección de información es el 0584-XXXX. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para completar esta recolección de información es 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar fuentes de información



## Notes to Reviewers

**Purpose:** The following notes to reviewers help to explain the overall flow of the household survey, including how certain sections and/or questions will be repeated where applicable. The notes are organized into overall comments followed by section or question specific notes. Reviewers are encouraged to print these pages and have them to the side while reviewing each section of the household survey.

### General Notes:

1. Any text highlighted in yellow was not translated into Spanish. The text is an instruction to the Field Data Collector/Interviewer, a response to be entered by the Field Data Collector/Interviewer or a note to the Programmer.
2. For each question, the “Don’t Know”, “Not Applicable”, and “Refused” response options are not listed on the hardcopy version of the survey. Once the survey is finalized, the Computer Assisted Personal Interview (CAPI) program automatically provides these response options for each question.
3. The CAPI program includes a feature for the interviewer to add a comment to each question using a comment code.
4. Any text that should be read to the respondent by the interviewer is presented as sentences in mixed case text. This includes questions, certain responses, transitions, introductions and optional probes or clarifications.
5. All instructions or notes to the interviewer and/or Programmer are in ALL CAPS. These are not read to the respondent.
  - a. Programmer notes are numbered within each section (e.g., A1, A2, etc.)
6. For some questions, context specific text will be embedded in the question automatically. This includes information that is computer derived, calculated, or drawn from pre-loaded data about that household. Differential text choices are presented in (parentheses) while names or other specific variables from preloaded data are in **[bolded in a bracket]** text.
7. Any words that should be emphasized to the respondent by the interviewer are underlined.

### Section D

8. This section asks a series of questions to determine if the target child was categorically eligible for free meals. Households that are categorically eligible are not required to complete household size and income questions as part of their application nor this survey.

**Section F and G:**

9. Responses to these questions will be entered by the interviewer. The interviewer will review these questions with the respondent while reviewing hardcopy documentation along with the respondent. For each section, the interviewer will specify if documentation was available.

**Section G:**

10. The same question pathway will be triggered for each adult with a reported income source other than paid work. Follow-up questions are triggered if any of the following income sources are received by the household member, as reported in Section F.

- o worker's compensation benefits;
- o strike benefits;
- o social security or railroad retirement income;
- o private pension, annuities, or survivor's benefits;
- o military cash benefits;
- o veteran's benefits;
- o government disability benefits from supplemental security income (SSI);
- o private disability benefits;
- o alimony payments;
- o child support payments;
- o income from interest and dividends;
- o rental income;
- o profit or loss from nonfarm business, partnership, or professional practice;
- o profit or loss from a farm;
- o financial aid to college students;
- o money withdrawn from a savings account;
- o regular contributions from persons outside the household;
- o other income, such as net royalties, trusts, prize winnings, or bonuses;
- o receipt of general assistance;
- o non-military housing subsidy;
- o black lung benefits; and/or
- o other kinds of public benefits.

These follow up questions will be asked of the respondent for each additional source of income:

- a) What amount was received in the payment during the [application month]?
- b) How often was the reported payment made?
- c) Was a supporting document about the source of income available to review? And if yes, data collector records the type of document provided.

Also, if available on the documentation, the interviewer will record the start and end date for the income period, and the year-to-date amount.



STUDY ID NUMBER: | | | | | | | | | |

DATE: | | | | / | | | | / | 2 | 0 | 1 | | |  
MONTH DAY YEAR

INTERVIEWER ID NUMBER: | | | | | | | |

RESPONDENT'S HOME ADDRESS:

\_\_\_\_\_  
STREET ADDRESS

\_\_\_\_\_  
CITY, STATE ZIP

INTERVIEW LOCATION:

RESPONDENT'S HOME.....1

OTHER LOCATION, SPECIFY.....2

\_\_\_\_\_

**PROGRAMMING NOTE 1: MOST ITEMS IN THIS SECTION CAN BE AUTOMATICALLY LOADED, EXCEPT THE INTERVIEW LOCATION.**



**SECTION A: INTRODUCTION AND OBTAINING INFORMED CONSENT**

Hola, mi nombre es **[interviewer's full name]**. Vengo de parte del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), de los Servicio de Alimentación y Nutrición (FNS), específicamente del Estudio para la Evaluación Nacional de los Servicios e Idoneidad Alimentarios, o estudio NAMES. **IF NEEDED, SAY:** Debería haber recibido una carta y un folleto con la descripción del estudio. Este estudio ayudará a que el USDA/FNS entiendan las experiencias de los padres y niños que participan en el programa de alimentación del USDA en los centros de atención infantil. Tengo una cita con **[identified parent/guardian]**, ¿puedo hablar con ella(él)?

**WHEN IDENTIFIED PARENT OR GUARDIAN IS AVAILABLE:** Cómo mencionamos durante nuestra reciente conversación telefónica, estamos entrevistando a los padres/madres o tutores (guardianes) de los niños(as) que asisten a **[name of sampled child care center]**. Su familia fue seleccionada al azar para participar en esta encuesta. Para continuar, necesito unos 5 minutos para preparar mi computadora. ¿Me permite pasar?

A1. **TIME INTERVIEW BEGAN:**     |\_|\_|:|\_|\_|  
HOUR   MINUTE

AM.....1

PM.....2

**PROGRAMMING NOTE A1: AUTOMATICALLY RECORD DATE AND TIME INTERVIEW BEGAN.**

A2. **CODE IF OBVIOUS, OR ASK:** ¿Vive **[target child name]** con usted?  
 YES.....1  
 NO.....2 (GO TO CLOSE SCRIPT #4)

**PROGRAMMING NOTE A2: USE STUDY RECORDS TO PROVIDE INTERVIEWER INSTRUCTIONS OR SPECIAL NOTES FOR INFORMED CONSENT STATUS FOR THIS HOUSEHOLD.**

Se requieren unos 45 minutos para completar esta entrevista. Como agradecimiento de parte nuestra, usted recibirá 30 dólares por completar la entrevista. Además, puede recibir otros 20 dólares si nos proporciona la documentación solicitada sobre sus ingresos. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y no afectará ninguno de los beneficios que usted o su hijo(a) pudieran recibir ahora o en el futuro. Toda la información se mantendrá confidencial y nunca se utilizará de manera que se le pueda identificar a usted o a su hijo(a). **REFER TO PRIVACY SECTION OF CONSENT FORM:** En esta sección se describen los pasos que se toman en el estudio para proteger su privacidad. Entre estos



pasos está el Compromiso de confidencialidad del recolector de la información<sup>1</sup>, Westat, que he firmado para mantener su información confidencial.

Por favor, lea este documento, en el que se describen detalladamente el estudio y lo que se le pide que haga. **HAND RESPONDENT A COPY OF THE CONSENT FORM**. Dígame si tiene alguna pregunta.

**WHEN PARENT/GUARDIAN IS FINISHED, ASK: ¿Tiene alguna pregunta? TAKE TIME TO ANSWER ALL QUESTIONS APPROPRIATELY**. Ahora, por favor firme aquí (**INDICATE SIGNATURE SPACE**) como prueba de que está de acuerdo en hacer la entrevista.

A3. **DID PARENT/GUARDIAN SIGN THE CONSENT FORM?**

**YES.....1(GO TO A4)**

**NO..... 2 (GO TO A5)**

A4. Aquí tiene una copia del formulario que acaba de firmar para que lo guarde. Yo también firmé su copia como prueba de mi compromiso de mantener su información confidencial. Ahora bien, si no tiene preguntas, podemos comenzar. **GO TO SECTION B.**

A5. **INTERVIEWER: USE STUDY PROCEDURES TO DOCUMENT WHY CONSENT WAS NOT OBTAINED.**

**NOT A GOOD TIME, SCHEDULE REVISIT.....(CLOSE SCRIPT # 1)**

**REFUSED OR NOT INTERESTED.....(CLOSE SCRIPT # 2)**

**NOT SURE ABOUT DOING OR HAS QUESTIONS.....(CLOSE SCRIPT # 2)**

**IDENTIFIED PARENT/GUARDIAN NOT AVAILABLE .....(CLOSE SCRIPT # 3)**

**IDENTIFIED PARENT/GUARDIAN IS NOT CORRECT.....(CLOSE SCRIPT # 4)**

**NO LONGER HAS CUSTODY OF FOSTER CHILD.....(CLOSE SCRIPT # 4)**

**TARGET CHILD RESIDES IN GROUP HOME.....(CLOSE SCRIPT # 4)**

**TARGET CHILD NOW LIVES WITH ANOTHER**

**PARENT OR GUARDIAN.....(CLOSE SCRIPT # 4)**

**TARGET CHILD DECEASED.....(CLOSE SCRIPT # 5)**

<sup>1</sup> See Appendix G. Westat Confidentiality Pledge.



**CLOSE SCRIPTS:**

1. **SCHEDULE NEW APPOINTMENT:** Tratemos de encontrar cuándo es mejor para usted. ¿Qué día y a qué hora le conviene más a usted? **INTERVIEWER: CHECK YOUR AVAILABILITY FOR THAT TIME AND DATE, IF AVAILABLE CONFIRM DATE AND TIME AND ADD TO YOUR CALENDAR. IF NOT AVAILABLE,** lo siento no estoy disponible ese día, pero puedo **INSERT DATE AND TIME,** ¿usted podría? Gracias por su tiempo el día de hoy.
  
2. **ADDRESS RESPONDENT CONCERNS: APPLY REFUSAL CONVERSION TECHNIQUES AND FAQs TO ANSWER QUESTIONS OR ADDRESS CONCERNS.**  
**AGREED TO PARTICIPATE AND SIGN FORM.....(GO TO A3)**  
**REFUSAL.....(GO TO SCRIPT #6)**
  
3. **COLLECT GOOD TIME TO REACH IDENTIFIED PARENT/GUARDIAN:** Lamento no haber podido hablar con [padre/madre/tutor (guardián)] el día de hoy. ¿Cuándo sería un buen momento para hablar con (él/ella) por teléfono para fijar una nueva cita? **RECORD THE CALL BACK INFORMATION.** Gracias por su tiempo el día de hoy.
  
4. **CONTACT INFORMATION FOR BEST ADULT TO ANSWER QUESTIONS:** Los siento pero debo hablar con uno de los padres o con el tutor (guardián) que vive con **[target child]. IF NEEDED:** ¿Cuándo sería un buen momento para hablar con (él/ella) por teléfono para fijar una nueva cita? **RECORD THE CONTACT INFORMATION.** Gracias por su tiempo el día de hoy.
  
5. **CONDOLENCE:** Mi más sentido pésame. No haremos la entrevista. **RECORD THE CALL BACK INFORMATION.** Gracias por su tiempo.
  
6. **REFUSAL:** Aceptamos su decisión de no participar. Gracias por su tiempo el día de hoy.

**END CONTACT.**



**SECTION B: CHILD DEMOGRAPHICS & WEEKLY CHILD CARE ROUTINES**

**INTRO TO SECTION:** Las siguientes preguntas son sobre **[target child]** y su normal asistencia semanal al **[name of sampled child care center]** y los alimentos que normalmente come en el **[name of sampled child care center]**.

B1. **IF KNOWN, CODE WITHOUT ASKING:** ¿Es **[target child]** varón o mujer?

**MALE.....1**

**FEMALE.....2**

B2. Actualmente ¿está **[target child]** asistiendo a **[name of sampled child care center]**?

**YES..... 1 (GO TO B7)**

**NO..... 2 (GO TO B3)**

B3. ¿Cuándo dejó de asistir a **[name of sampled child care center]**?

**PROBE:** ¿Fue al principio, en la mitad o al final del mes? **BASED ON RESPONSE TO PROBE, RECORD THESE DATES: IF BEGINNING ENTER 05, IF MIDDLE ENTER 15, AND IF END ENTER 25.**

**|| | | / | | | / | | | | | |**  
**MONTH DAY YEAR**

B4. Actualmente ¿está **[target child]** inscrito en otro centro de atención infantil?

**YES..... 1 (GO TO B5)**

**NO..... 2 (GO TO SECTION D)**

B5. ¿A qué centro de atención infantil asiste **[target child]**?

\_\_\_\_\_  
**NAME OF NEW CHILD CARE CENTER**

\_\_\_\_\_  
**STREET ADDRESS**

\_\_\_\_\_  
**CITY, STATE ZIP**





B6. ¿En qué fecha empezó a ir a [name of new child care center]?

**PROBE:** ¿Fue al principio, en la mitad o al final del mes? **BASED ON RESPONSE TO PROBE, RECORD THESE DATES: IF BEGINNING ENTER 05, IF MIDDLE ENTER 15, AND IF END ENTER 25.**

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|  
 MONTH DAY YEAR

**PROGRAMMING NOTE B1:** IF TARGET CHILD IS NO LONGER ATTENDING THE SAMPLED CHILD CARE CENTER (B2 = 2, NO), GO TO SECTION D, ELSE CONTINUE.

B7. ¿Qué días de la semana por lo general su hijo(a) asiste a [name of child care center]? **MARK ALL THAT APPLY.**

- MONDAY..... 1
- TUESDAY..... 2
- WEDNESDAY..... 3
- THURSDAY..... 4
- FRIDAY..... 5

B8. Los días que [target child] asiste a [name of sampled child care center], ¿diría usted que pasa allí medio día o todo el día?

- HALF DAY..... 1
- ALL DAY..... 2

B9. **CODE WITHOUT ASKING IF KNOWN:** ¿Cuándo fue la semana más cercana, finalizando en viernes o sábado, en que [target child] recibió atención en [name of sampled child care center]?

**IF NEEDED, ADD:** Según la rutina normal que me acaba de mencionar.

LAST WEEK..... 1

FROM |\_|\_|\_| |\_|\_| TO |\_|\_|\_| |\_|\_|  
 DAY MONTH DAY MONTH



**INTRO TO SUBSECTION:** Ahora bien, piense en una semana típica en la que **[target child]** asistió a **[name of sampled child care center]**. Las siguientes preguntas son sobre las comidas que **[target child]** come en **[name of sampled child care center]** durante una semana típica allí.

Cuando hablamos de desayuno o almuerzo suministrado por **[name of sampled child care center]**, nos estamos refiriendo a toda la comida que le dan a su hijo(a) en el desayuno o en el almuerzo (en una sola sentada). No nos estamos refiriendo a los alimentos individuales o a las bebidas que son parte del desayuno o del almuerzo.

B10. En una semana típica, ¿cuántos días **[target child]** comió desayuno suministrado por **[name of sampled child care center]**?

- ONE..... 1
- TWO..... 2
- THREE..... 3
- FOUR..... 4
- FIVE..... 5

B11. En una semana típica, ¿cuántos días **[target child]** comió almuerzo suministrado por **[name of sampled child care center]**?

- ONE..... 1
- TWO..... 2
- THREE..... 3
- FOUR..... 4
- FIVE..... 5

**PROGRAMMING NOTE B2:** IF NUMBER OF DAYS TARGET CHILD TYPICALLY HAS BREAKFAST AT THE CHILD CARE CENTER (B10) ARE FEWER THAN NUMBER OF DAYS OF THE WEEK TARGET CHILD USUALLY ATTENDS THE CHILD CARE CENTER (B7), THEN CONTINUE TO B12. ELSE, (THEY ARE THE SAME) GO TO THE PROGRAMMING NOTE B3.



B12. Me acaba de decir que por lo general [target child] no come el desayuno del centro de atención infantil algunos días o ninguno de los días que asiste al centro. ¿Por qué por lo general (él/ella) no come el(los) desayuno(s) del centro? **MARK ALL THAT APPLY**

**AFTER RESPONSE, SAY:** ¿Hay otras razones por las que (él/ella) por lo general no come el(los) desayuno(s) del centro?

**CHILD HAS FOOD ALLERGIES AND/OR SPECIFIC FOOD NEEDS..... 1**

**EATS BREAKFAST AT HOME.....2**

**BRINGS BREAKFAST FROM HOME.....3**

**DOES NOT LIKE THE FOOD AT CENTER.....4**

**NOT ENOUGH TIME TO EAT AT CENTER.....5**

**CHILD DOES NOT EAT BREAKFAST.....6**

**ON A DIET..... 7**

**CHILD THINKS ONLY NEEDY CHILDREN EAT BREAKFASTS AT CHILD CARE CENTER.....8**

**BECAUSE FRIENDS DO NOT EAT IT.....9**

**ARRIVES TOO LATE FOR BREAKFAST EVERY DAY...10**

**CHILD OR PARENT/GUARDIAN TOO EMBARRASSED....11**

**OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_.....12**

**PROGRAMMING NOTE B3:** IF NUMBER OF DAYS TARGET CHILD TYPICALLY HAS LUNCH AT THE CHILD CARE CENTER (B11) ARE FEWER THAN NUMBER OF DAYS OF THE WEEK TARGET CHILD USUALLY ATTENDS THE CHILD CARE CENTER (B7), THEN ASK B13. ELSE, (THEY ARE THE SAME) GO TO SECTION C.



B13. Me acaba de decir que por lo general [**target child**] no come el almuerzo del centro de atención infantil algunos días o ninguno de los días que asiste al centro. ¿Por qué por lo general (él/ella) no come el(los) almuerzo(s) del centro? **MARK ALL THAT APPLY**

**AFTER RESPONSE, SAY:** ¿Hay otras razones por las que (él/ella) por lo general no come el(los) almuerzo(s) del centro?

- CHILD HAS FOOD ALLERGIES AND/OR SPECIFIC FOOD NEEDS..... 1
- EATS LUNCH AT HOME.....2
- BRINGS LUNCH FROM HOME.....3
- DOES NOT LIKE THE FOOD AT CENTER.....4
- NOT ENOUGH TIME TO EAT AT CENTER.....5
- CHILD DOES NOT EAT LUNCH.....6
- ON A DIET.....7
- CHILD THINKS ONLY NEEDY CHILDREN EAT LUNCHES AT CHILD CARE CENTER.....8
- BECAUSE FRIENDS DO NOT EAT IT.....9
- ARRIVES TOO LATE FOR LUNCH EVERY DAY.....10
- CHILD OR PARENT/GUARDIAN TOO EMBARRASSED ...11
- OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_.....12



**SECTION C: PERCEPTIONS OF CHILD CARE CENTER MEALS**

**INTRO TO SECTION:** Las siguientes preguntas son sobre si su hijo(a) está satisfecho(a) con las comidas de [name of sampled child care center]. Para responder a estas preguntas, piense si [target child] está muy satisfecho(a), un poco satisfecho(a), un poco insatisfecho(a) o muy insatisfecho(a) con algunas de las características de las comidas que le sirven en [name of sampled child care center].

Por favor, responda pensando en cómo se siente su hijo(a). Más adelante le preguntaremos acerca de su grado de satisfacción sobre las comidas.

**PROGRAMMING NOTE C1:** QUESTIONS C1 THROUGH C3 ARE ASKED FOR A TARGET CHILD AGED 2 YEARS OR OLDER. IF CHILD IS LESS THAN 2 YEARS OLD, GO TO C4.

C1. En general, ¿cuán satisfecho está [target child] con la variedad y tipos de comidas que recibe en [name of sampled child care center]?

Por favor, responda pensando en cuán satisfecho se siente [target child]. Un poco más adelante le preguntaremos acerca de su grado de satisfacción sobre las comidas.

- VERY SATISFIED.....1
- SOMEWHAT SATISFIED.....2
- SOMEWHAT DISSATISFIED.....3
- VERY DISSATISFIED.....4
- CHILD IS TOO YOUNG TO ACCURATELY REPORT ON SATISFACTION.....5
- TARGET CHILD NEVER EATS CENTER PROVIDED MEALS.....6 (GO TO SECTION D)

C2. ¿Cuán satisfecho está [target child] con el sabor de la comida?

Por favor, responda pensando en cuán satisfecho se siente [target child]. Un poco más adelante le preguntaremos su acerca de su grado de satisfacción sobre las comidas.

- VERY SATISFIED.....1
- SOMEWHAT SATISFIED.....2
- SOMEWHAT DISSATISFIED.....3
- VERY DISSATISFIED.....4
- CHILD IS TOO YOUNG TO ACCURATELY REPORT ON SATISFACTION.....5



C3. ¿Cuán satisfecho está **[target child]** con la cantidad de comida o con el tamaño de las porciones que le dan en las comidas del centro de atención infantil?

VERY SATISFIED.....1

SOMEWHAT SATISFIED.....2

SOMEWHAT DISSATISFIED.....3

VERY DISSATISFIED.....4

CHILD IS TOO YOUNG TO ACCURATELY REPORT ON SATISFACTION.....5

**INTRO TO SUBSECTION:** La siguiente pregunta es sobre su satisfacción con las comidas del centro. Una vez más, por favor, dígame en líneas generales si está muy satisfecha(o), un poco satisfecha(o), un poco insatisfecha(o) o muy insatisfecha(o).

	En cuanto al programa de alimentos que <b>[target child]</b> recibe en <b>[name of sampled child care center]</b> , ¿cuán satisfecha(o) está usted con...	RESPUESTA
C4	... la calidad nutricional de los alimentos servidos?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied.....3 Very Dissatisfied.....4
C5	... la variedad y tipos de alimentos servidos?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied.....3 Very Dissatisfied.....4
C6	... la manera en que el personal prepara estas comidas?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied.....3 Very Dissatisfied.....4
C7	... la manera en que sirven estas comidas a los niños(as) (tipo comida casera o comida de cafetería)?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied.....3 Very Dissatisfied.....4
C8	....la manera en que el centro de atención infantil organiza o distribuye los menús durante la semana o el mes?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied.....3 Very Dissatisfied.....4
C9	... la hora del día en que se sirven las comidas?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied .....3 Very Dissatisfied.....4
C10	... el tiempo que los niños tienen para comer?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied .....3 Very Dissatisfied.....4
C11	... el programa alimentario en general?	Very Satisfied.....1 Somewhat satisfied.....2 Somewhat dissatisfied .....3 Very Dissatisfied.....4



**SECTION D: HOUSEHOLD BENEFITS**

**INTRO TO SECTION:** Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre **[target child]**, y los beneficios que su hogar pudiera estar recibiendo.

D1. ¿Cuál es la relación de **[target child]** con usted?

- NATURAL CHILD..... 1
- STEPCHILD OR ADOPTED CHILD..... 2
- OTHER CUSTODIAL CHILD..... 3
- FOSTER CHILD..... 4
- AUNT OR UNCLE..... 5
- SIBLING (BROTHER OR SISTER)..... 6
- NEPHEW OR NIECE..... 7
- COUSIN..... 8
- GRANDCHILD..... 9
- OTHER RELATIVE..... 10
- NON-RELATIVE (INCLUDING ROOMER OR BOARDER)..... 11
- OTHER (SPECIFY)..... 12

D2. ¿Cuál es el sexo de **[target child]**?

- FEMALE..... 1
- MALE..... 2

D3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de **[target child]**?

/   /    
 MONTH DAY YEAR

- DOES NOT KNOW..... 1
- REFUSED..... 2

D4. ¿Vivía **[target child]** con usted en **[application month and year]**?

- YES..... 1
- NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE D1:** AFTER CYCLING THROUGH QUESTIONS D1 THROUGH D4, APPLY THE FOLLOWING DELAYED SKIP PATTERN, IF TARGET CHILD IS A FOSTER CHILD (D1 = 4) **GO TO SECTION I**. THIS MEANS THE TARGET CHILD IS CATEGORICALLY ELIGIBLE FOR FREE MEALS.



**HOUSEHOLD BENEFITS**

Las siguientes preguntas son sobre la participación en programas gubernamentales. Será útil ver cualquier documentación que tenga sobre pagos recibidos de estos programas, de esta forma podemos trabajar juntas(os) para contestar las preguntas.

**INTERVIEWER: WHENEVER POSSIBLE, USE AVAILABLE DOCUMENTS TO VERIFY OR CLARIFY RESPONDENT'S RESPONSES.**

**TANF BENEFITS**

D5. Durante **[application month and year]**, ¿usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)) recibieron Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) también conocido como “cash welfare” (asistencia social en efectivo) o **[INSERT STATE NAME FOR TANF]**?

**IF NEEDED:** No incluya beneficios de TANF recibidos por otro miembro del hogar que tenga su propio número de caso TANF, y que este no incluye a usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)).

YES..... 1  
 NO..... 2 (GO TO D17)

D6. Debemos anotar la cantidad total que (usted y su(s) (hijo(a)/hijos(as)) / usted y su esposo(a) e (hijo(a)/hijos(as)) recibieron por beneficios (TANF estatal / TANF) en **[application month and year]**. Podemos obtener esa cantidad de su carta de otorgamiento TANF o de la notificación de pago. ¿Tiene una declaración o notificación de beneficios de **[application month and year]**?

YES..... 1  
 NO..... 2

**D7. IF DOCUMENTATION IS PROVIDED RECORD AMOUNT BELOW.**

**IF NO DOCUMENTATION PROVIDED ASK:** ¿Cuánto recibió por concepto de estos beneficios? **IF UNSURE:** Su mejor cálculo estará bien.

\$ | | | , | | | | TANF





D8. ¿Con qué frecuencia recibe este pago?

- WEEKLY..... 1
- EVERY TWO WEEKS..... 2
- TWICE MONTHLY..... 3
- MONTHLY..... 4
- OTHER (SPECIFY)..... 5

**PROGRAMMER NOTE D2: RECORD D9-D14 IF DOCUMENTATION IS PROVIDED (D6=1). IF NO DOCUMENTATION PROVIDED (D6=2) GO TO D15.**

D9. INTERVIEWER: RECORD TYPE OF DOCUMENT.

- STATEMENT/NOTIFICATION..... 1
- BENEFITS STATEMENT..... 2
- CHECK STUB..... 3
- OTHER (SPECIFY)..... 4

D10. INTERVIEWER: ENTER PERIOD ENDING DATE FROM DOCUMENT.

/  /   
 MONTH DAY YEAR

END DATE NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99

D11. INTERVIEWER: RECORD THE YEAR-TO-DATE AMOUNT SHOWN ON THE DOCUMENT.

\$  ,

AMOUNT NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99

D12. INTERVIEWER: RECORD THE CASE ID ON THE BENEFITS STATEMENT.

CASE ID NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99



D13. INTERVIEWER: DOES THE TANF BENEFITS STATEMENT REFLECT AMOUNT PAID DURING THE APPLICATION MONTH, THE CURRENT MONTH, OR ANOTHER TIME PERIOD?

- APPLICATION MONTH..... 1
- CURRENT MONTH..... 2
- BETWEEN [APPLICATION MONTH] AND CURRENT MONTH 3
- 1 TO 3 MONTHS PRIOR TO [APPLICATION MONTH]..... 4
- MORE THAN 3 MONTHS SINCE [APPLICATION MONTH] 5

**PROGRAMMER NOTE D3:** ASK D14 IF DOCUMENTATION WAS NOT FOR THE APPLICATION MONTH (D13 ≠ 1)

D14. La cantidad que acabamos de mencionar como los ingresos de TANF es ¿más o menos igual, menos o más que el pago recibido en [application month and year]?

- ABOUT THE SAME..... 1
- LESS..... 2
- MORE..... 3

**PROGRAMMER NOTE D4:** ASK D15 AND D16 IF NO DOCUMENTATION PROVIDED (D6 = 2)

D15. ¿Tiene usted su tarjeta TANF EBT, también conocida como tarjeta STATE NAME FOR TANF, y que me la puede mostrar?

- YES..... 1
- NO..... 2

D16. INTERVIEWER: DID THE RESPONDENT SHOW A VALID TANF CARD?

- YES..... 1
- NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE D5:** AFTER CYCLING THROUGH QUESTIONS D5 THROUGH D16, APPLY THE FOLLOWING DELAYED SKIP PATTERN: IF HOUSEHOLD RECEIVES TANF BENEFITS (D5 = 1) **GO TO SECTION I.** THIS MEANS THE TARGET CHILD IS CATEGORICALLY ELIGIBLE FOR FREE MEALS.



**SNAP BENEFITS**

Ahora vamos a hablar sobre los beneficios SNAP que su hogar pudiera estar recibiendo.

D17. Durante **[application month and year]**, ¿usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)) recibieron Programa complementario de asistencia para la nutrición (SNAP) (anteriormente conocido como Estampillas para alimentos) o **[INSERT STATE NAME FOR SNAP]**?

**IF NEEDED:** No incluya beneficios de SNAP recibidos por otro miembro del hogar que tenga su propio número de caso SNAP, y que este no incluye a usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)).

YES..... 1  
 NO..... 2 (GO TO D29)

D18. Debemos anotar la cantidad total que (usted y su(s) (hijo(a)/hijos(as)) / usted y su esposo(a) e (hijo(a)/hijos(as)) recibieron por beneficios (SNAP estatal / SNAP) en **[application month and year]**. Podemos obtener esa cantidad de su carta de otorgamiento SNAP o de la notificación de pago. ¿Tiene una declaración o notificación de beneficios de **[application month and year]**?

YES..... 1  
 NO..... 2

D18. **IF DOCUMENTATION IS PROVIDED RECORD AMOUNT BELOW.**

**IF NO DOCUMENTATION PROVIDED ASK:** ¿Cuánto recibió por concepto de estos beneficios? **IF UNSURE:** Su mejor cálculo estará bien.

\$ | | | , | | | | TANF



D20. ¿Con qué frecuencia recibe este pago?

- WEEKLY..... 1
- EVERY TWO WEEKS..... 2
- TWICE MONTHLY..... 3
- MONTHLY..... 4
- OTHER (SPECIFY)..... 5

D21. INTERVIEWER: COMPLETE D22 TO D27 IF DOCUMENTATION IS PROVIDED (D18=1). IF NO DOCUMENTATION (D18=2) IS PROVIDED GO TO D27.

- STATEMENT/NOTIFICATION..... 1
- BENEFITS STATEMENT..... 2
- CHECK STUB..... 3
- OTHER (SPECIFY)..... 4

D22. INTERVIEWER: ENTER PERIOD ENDING DATE FROM DOCUMENT.

/   /    
 MONTH DAY YEAR

END DATE NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99

D23. INTERVIEWER: RECORD THE YEAR-TO-DATE AMOUNT SHOWN ON THE DOCUMENT.

\$     ,

AMOUNT NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99

D24. INTERVIEWER: RECORD THE CASE ID ON THE BENEFITS STATEMENT.

CASE ID NOT FOUND ON DOCUMENT..... 99

D25. INTERVIEWER: DOES THE SNAP BENEFITS STATEMENT REFLECT AMOUNT PAID DURING THE APPLICATION MONTH, THE CURRENT MONTH, OR ANOTHER TIME PERIOD?



- APPLICATION MONTH..... 1
- CURRENT MONTH..... 2
- BETWEEN [APPLICATION MONTH] AND CURRENT MONTH 3
- 1 TO 3 MONTHS PRIOR TO [APPLICATION MONTH]..... 4
- MORE THAN 3 MONTHS SINCE [APPLICATION MONTH] 5

**PROGRAMMER NOTE D6: ASK D26 IF DOCUMENTATION WAS NOT FOR THE APPLICATION MONTH (D25 ≠ 1)**

D26. La cantidad que acabamos de mencionar como los ingresos de SNAP es ¿más o menos igual, menos o más que el pago recibido en [application month and year]?

- ABOUT THE SAME..... 1
- LESS..... 2
- MORE..... 3

**PROGRAMMER NOTE D7: ASK D27 AND D28 IF NO DOCUMENTATION PROVIDED (D18 = 2)**

D27. ¿Tiene usted su tarjeta SNAP EBT, también conocida como tarjeta STATE NAME FOR SNAP, y que me la puede mostrar?

- YES..... 1
- NO..... 2

**D28. INTERVIEWER: DID THE RESPONDENT SHOW A VALID SNAP CARD?**

- YES..... 1
- NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE D8: AFTER CYCLING THROUGH QUESTIONS D17 THROUGH D28, APPLY THE FOLLOWING DELAYED SKIP PATTERN: IF HOUSEHOLD RECEIVES SNAP BENEFITS (D17 = 1) GO TO SECTION I. THIS MEANS THE TARGET CHILD IS CATEGORICALLY ELIGIBLE FOR FREE MEALS.**

**OTHER BENEFITS**

D29. Durante [application month and year], ¿usted, su esposo(a), y/o su(s) hijo(a)/hijos(as) recibieron beneficios de Medicaid?

- YES..... 1
- NO.....2 (GO TO D33)



D30. Necesitamos documentar que usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)) reciben beneficios de Medicaid. ¿Tiene usted su tarjeta Medicaid o algún otro documento que muestra que usted recibe beneficios de Medicaid?

- YES..... 1
- NO..... 2 (GO TO D33)

D31. INTERVIEWER: RECORD TYPE OF DOCUMENT.

- MEDICAID CARD..... 1
- OTHER DOCUMENTATION..... 2

D32. INTERVIEWER: RECORD THE CASE ID ON THE MEDICAID CARD.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PROGRAMMING NOTE D9:** AFTER CYCLING THROUGH QUESTIONS D29 THROUGH D32, APPLY THE FOLLOWING DELAYED SKIP PATTERN: IF HOUSEHOLD RECEIVES MEDICAID BENEFITS (D29 = 1) GO TO SECTION I. THIS MEANS THE TARGET CHILD IS CATEGORICALLY ELIGIBLE FOR FREE MEALS.

D33. ¿Participó usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)) en el Programa de distribución de alimentos para reservaciones indias o FDPIR en [application month and year]?

**IF NEEDED:** No incluya beneficios de FDPIR recibidos por otro miembro del hogar que tenga su propio número de caso, y que este no incluye a usted, su esposo(a), y/o su(s) (hijo(a)/hijos(as)).

- YES..... 1
- NO..... 2 (GO TO SECTION E)

D34. Debemos anotar la cantidad total que (usted y su(s) (hijo(a)/hijos(as)) / usted y su esposo(a) e (hijo(a)/hijos(as)) recibieron por beneficios FDPIR en [application month and year]. Podemos obtener esa cantidad de su carta de otorgamiento FDPIR o de la notificación de pago. ¿Tiene una declaración o notificación de beneficios de [application month and year]?

- YES..... 1
- NO..... 2 (GO TO D42)



D35. IF DOCUMENTATION IS PROVIDED RECORD AMOUNT BELOW.

IF NO DOCUMENTATION PROVIDED ASK: ¿Cuánto recibió por concepto de estos beneficios? IF UNSURE: Su mejor cálculo estará bien.

\$ | | | , | | | |

D36. ¿Con qué frecuencia recibe este pago?

- WEEKLY..... 1
- EVERY TWO WEEKS..... 2
- TWICE MONTHLY..... 3
- MONTHLY..... 4
- OTHER (SPECIFY)..... 5

D37. INTERVIEWER: RECORD D37 TO D42 IF DOCUMENTATION IS PROVIDED. IF NO DOCUMENTATION IS PROVIDED GO TO D43.

- STATEMENT/NOTIFICATION..... 1
- BENEFITS STATEMENT..... 2
- CHECK STUB..... 3
- OTHER (SPECIFY)..... 4

D38. INTERVIEWER: ENTER PERIOD ENDING DATE FROM DOCUMENT.

| | | / | | | / | | |  
MONTH DAY YEAR

END DATE NOT FOUND ON  
DOCUMENT..... 99

D39. INTERVIEWER: RECORD THE YEAR-TO-DATE AMOUNT SHOWN ON THE DOCUMENT.

\$ | | | | , | | | |

AMOUNT NOT FOUND ON  
DOCUMENT..... 99



D40. INTERVIEWER: RECORD THE CASE ID ON THE BENEFITS STATEMENT.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CASE ID NOT FOUND ON  
DOCUMENT..... 99

D41. INTERVIEWER: DOES THE FDPIR BENEFITS STATEMENT REFLECT AMOUNT PAID DURING THE APPLICATION MONTH, THE CURRENT MONTH, OR ANOTHER TIME PERIOD?

- APPLICATION MONTH..... 1
- CURRENT MONTH..... 2
- BETWEEN [APPLICATION MONTH] AND CURRENT MONTH 3
- 1 TO 3 MONTHS PRIOR TO [APPLICATION MONTH]..... 4
- MORE THAN 3 MONTHS SINCE [APPLICATION MONTH] 5

**PROGRAMMING NOTE D10:** ASK D42 IF DOCUMENTATION WAS NOT FOR THE APPLICATION MONTH (D41 ≠ 1)

D42. La cantidad que acabamos de mencionar como los ingresos de FDPIR es ¿más o menos igual, menos o más que el pago recibido en **application month and year**?

- ABOUT THE SAME..... 1
- LESS..... 2
- MORE..... 3

D43. ¿Tiene usted su tarjeta FDPIR EBT y me la puede mostrar?

- YES..... 1
- NO..... 2

D44. INTERVIEWER: DID THE RESPONDENT SHOW A VALID FDPIR EBT CARD?

- YES..... 1
- NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE D11:** AFTER CYCLING THROUGH QUESTIONS D33 THROUGH D44, APPLY THE FOLLOWING DELAYED SKIP PATTERN: IF HOUSEHOLD RECEIVES FDPIR BENEFITS (D33 = 1) **GO TO SECTION I**. THIS MEANS THE TARGET CHILD IS CATEGORICALLY ELIGIBLE FOR FREE MEALS.





**SECTION E: HOUSEHOLD COMPOSITION**

**INTRO TO SECTION:** Ahora, quisiera hacerle unas preguntas sobre las personas que viven aquí con usted.

E1. Tengo aquí registrado su nombre como **[parent/guardian name]**. ¿Es correcto?

**INTERVIEWER: SPELLING OF RECORDED NAME SHOULD BE CONFIRMED.**

**YES..... 1 (GO TO E3)**

**NO..... 2 (GO TO E2)**

E2. ¿Me puede decir cómo se escribe su nombre?

\_\_\_\_\_  
FIRST NAME LAST NAME

E3. ¿Cuántas personas viven con usted, sin incluir a usted? Por favor, incluya a bebés, niños pequeños, personas que no están relacionadas con usted y personas que temporalmente están ausentes, por ejemplo, en el colegio o en el hospital.

\_\_\_\_|\_\_\_\_| PEOPLE LIVING IN HOUSEHOLD

E4. Por favor, dígame solo el nombre de todos los que viven aquí con usted.

**PROBE:** ¿Quién más vive con usted?

_____	_____
RESPONDENT (NAME # 1)	NAME # 8
_____	_____
TARGET CHILD (NAME # 2)	NAME # 9
_____	_____
NAME # 3	NAME # 10
_____	_____
NAME # 4	NAME # 11
_____	_____
NAME # 5	NAME # 12
_____	_____
NAME # 6	NAME # 13
_____	_____
NAME # 7	NAME # 14



**PROGRAMMING NOTE E1:** ALLOW AS MANY RECORDS AS NEEDED TO LIST ENTIRE HOUSEHOLD MEMBERSHIP. COMPLETE LOOP OF QUESTIONS E5 TO E12 FOR EVERY NAMED MEMBER OF THE HOUSEHOLD, INCLUDING THE RESPONDENT AND TARGET CHILD.

SKIP QUESTION E5 IF ASKING ABOUT THE RESPONDENT.

E5. ¿Cuál es la relación de [name's] con usted?

- BIOLOGIC OR NATURAL CHILD.....1
- STEPCHILD OR ADOPTED CHILD.....2
- OTHER CUSTODIAL CHILD.....3
- FOSTER CHILD.....4
- SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER.....5
- BOYFRIEND, GIRLFRIEND, OR PARTNER.....6
- PARENT.....7
- STEPPARENT.....8
- GRANDPARENT OR GREAT GRANDPARENT.....9
- AUNT, UNCLE, GREAT AUNT, OR GREAT UNCLE.....10
- SIBLING (BROTHER OR SISTER).....11
- NEPHEW OR NIECE.....12
- COUSIN.....13
- GRANDCHILD.....14
- OTHER RELATIVE OR IN-LAW.....15
- NON-RELATIVE (INCLUDING FRIEND, ROOMER OR BOARDER).....16
- OTHER (SPECIFY) .....17



E6. WHEN ASKING ABOUT RESPONDENT AND IF KNOWN, CODE WITHOUT ASKING. (¿Es usted/[name] hombre o mujer?)

MALE..... 1

FEMALE..... 2

E7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? /¿Cuál es la fecha de nacimiento de [name]?

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| (GO TO E9)  
MONTH DAY YEAR

IF REFUSED OR DON'T KNOW, GO TO E8.

E8. ¿Cuántos años tiene usted/[name]?

|\_|\_| MONTHS

OR

|\_|\_| YEARS

PROGRAMMING NOTE E2: ASK E9 IF CALCULATED OR REPORTED AGE IS 12 YEARS OR YOUNGER. DO NOT ASK E9 FOR THE TARGET CHILD.

E9. Actualmente, está recibiendo [name] atención en [name of sampled child care center]?

YES..... 1

NO..... 2

PROGRAMMING NOTE E3: ASK E10 IF CALCULATED OR REPORTED AGE IS 5 TO 20 YEARS.

E10. Actualmente, ¿está [name] asistiendo al colegio?

YES..... 1

NO..... 2 (GO TO E12)



**PROGRAMMING NOTE E4: ASK E11, IF D10 = 1.**

E11. ¿En qué grado está **[name]**?

- CHILD CARE CENTER..... 1
- PRESCHOOL..... 2
- KINDERGARTEN..... 3
- ELEMENTARY..... 4
- MIDDLE SCHOOL OR JUNIOR HIGH..... 5
- HIGH SCHOOL..... 6
- TRADE SCHOOL OR COLLEGE..... 7

E12. ¿Vivía **[name]** con usted en **[application month and year]**?<sup>2</sup>

**IF NEEDED, ADD:** Este es el mes en el que suministró sus ingresos en la solicitud, o para determinar de alguna otra manera, si **[target child]** tenía los requisitos para beneficiarse del programa alimentario en **[name of sampled child care center]**.

- YES..... 1
- NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE E5: IF THERE IS ANOTHER PERSON ON THE HOUSEHOLD ROSTER, REPEAT QUESTIONS E5 TO E12 ABOUT THAT PERSON UNTIL INFORMATION IS COLLECTED FOR ALL PERSONS LISTED ON ROSTER.**

**PROGRAMMING NOTE E6: DISPLAY LIST WITH NUMBER AND NAMES OF ALL PERSONS ON HOUSEHOLD ROSTER**

<sup>2</sup> This also refers to the month of eligibility determination for households that did not complete an application but are eligible for CACFP. For example, Head Start households will be asked about “enrollment month” in Head Start center. Eligibility for Head Start automatically makes a child eligible for free meals. This also applies to questions E14, E15, and E16.



E13. Me acaba de decir que [number of persons on household roster] persona(s) vive(n) aquí con usted. Esto incluye [names of all reported persons]. Solo para confirmar, ¿incluyó a bebés, niños pequeños, personas que no están relacionadas con usted y personas que temporalmente están ausentes, por ejemplo, en el colegio o en el hospital?

YES..... 1

NO..... 2 (GO BACK TO E4)

**PROGRAMMING NOTE E7: IF E13 = 2, RETURN TO E4 TO ADD NAME OF MISSING PERSON TO HOUSEHOLD ROSTER AND ASK ALL QUESTIONS E5 TO E12 ABOUT ADDED PERSON OR PERSONS.**

E14. Alguien más que ahora no vive en el hogar, ¿vivía con usted en [application month and year]?

**IF NEEDED, ADD:** Este es el mes en que usted comunicó sus ingresos cuando se estaba analizando si [target child] tenía los requisitos para beneficiarse del programa alimentario en [name of sampled child care center].

YES..... 1 (GO TO E15)

NO..... 2 (GO TO PROGRAMMING NOTE E10)

E15. ¿Cuántos más vivían con usted en [application month and year]?

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBERS

E16. Por favor, dígame solo el nombre (los nombres) de la(s) otra(s) persona(s) que vivía(n) con usted en [application month and year] y que ya no vive(n) aquí.

\_\_\_\_\_  
NAME OF OTHER PERSON # 1

\_\_\_\_\_  
NAME OF OTHER PERSON # 2

\_\_\_\_\_  
NAME OF OTHER PERSON # 3

**PROGRAMMING NOTE E8: IF RESPONDENT REPORTS ADDITIONAL HOUSEHOLD MEMBERS IN QUESTIONS E14 – E16 ADD NEWLY REPORTED NAMES TO THE ROSTER AT E4 AND REPEAT QUESTIONS E5 – E12 FOR EACH APPLICABLE PERSON.**

**PROGRAMMING NOTE E9: IF RELATIONSHIP WAS REPORTED AS FOSTER CHILD (E5 = 4), GO TO E22.**



**PROGRAMMING NOTE E10:** REPEAT E17 TO ASK ABOUT EACH CHILD LISTED ON ROSTER WITH A CALCULATED OR REPORTED AGE UNDER 18 YEARS AND NOT IDENTIFIED AS A FOSTER CHILD (E5 ≠ 4).

E17. En [application month and year]<sup>3</sup>, ¿usted (o su esposo(a)/pareja) pagaron gastos del hogar o dieron ayuda financiera para el mantenimiento de [name of each child under 18 years who is not identified as a foster child]?

**PROBE:** Esta pregunta se refiere a sus propios ingresos o recursos para ayudar financieramente a [name], no a los ingresos y recursos de otros, sobre los que le preguntaremos más adelante.

YES..... 1

NO..... 2

**PROGRAMMING NOTE E11:** DISPLAY LIST OF ALL PERSONS ON HOUSEHOLD ROSTER WITH A CALCULATED OR REPORTED AGE OF 18 YEARS OR OVER.

E18. En base a la información que suministró sobre las personas que viven en su hogar, el estudio las considera adultos, es decir que tienen más de 18 años. INTERVIEWER READ LIST.

¿Están incluidos en mi lista todos los que se consideran adultos presentes en este hogar?

YES..... 1 (GO TO E19)

NO..... 2 (GO TO E4)

**PROGRAMMING NOTE E12:** ALLOW NAVIGATION BACK TO THE HOUSEHOLD ROSTER QUESTIONS SO THAT CORRECTIONS CAN BE MADE.

**PROGRAMMING NOTE E13:** CREATE A LIST OF ALL ADULT HOUSEHOLD MEMBERS (18 YEARS OR OLDER) AT Q E4 BUT EXCLUDE RESPONDENT AND HOUSEHOLD MEMBER REPORTED TO BE RESPONDENT'S SPOUSE (E5 = 5) OR PARTNER (E5 = 6). USE THIS LIST TO ASK Q E19 AND E20.

REPEAT E19 UNTIL IT IS ASKED ABOUT EACH ADULT HOUSEHOLD MEMBER ON THE CREATED LIST.

<sup>3</sup> This is defined as the month and year that household submitted the income eligibility application or eligibility was determined based on categorical eligibility or participation in certain benefit programs. This variable should be pre-loaded from data previously abstracted from sponsor or child care center records.



E19. En [application month and year], ¿pagó (usted/usted y su esposo(a)/usted y su pareja) algún gasto del hogar o suministró apoyo financiero a [name of each household member on the created list]?

YES.....1

NO.....2

PROGRAMMING NOTE E14: REPEAT E20 TO ASK ABOUT EACH ADULT ON THE CREATED LIST ABOUT EACH CHILD WITH A CALCULATED OR REPORTED AGE LESS THAN 18 YEARS WHO IS NOT IDENTIFIED AS A FOSTER CHILD FROM ROSTER (E5 ≠ 4).

E20. En [application month and year], ¿pagó [name of each household member on the created list] algún gasto del hogar o suministró apoyo financiero a [name of child under 18 years and who is not identified as a foster child]?

YES.....1

NO.....2

PROGRAMMING NOTE E15: REPEAT E21 TO ASK ABOUT EACH ADULT ON THE CREATED LIST.

E21. En [application month and year], ¿pagó [name of each household member on the created list] algún gasto del hogar o le suministró apoyo financiero a usted?

YES.....1

NO.....2

PROGRAMMING NOTE E16: GO TO SECTION F, UNLESS A PERSON LISTED ON THE HOUSEHOLD ROSTER IS REPORTED TO BE A FOSTER CHILD (E5 = 4), ELSE CONTINUE.

E22. ¿De quién es la responsabilidad legal y financiera de [name of foster child]?

SELECT NAME(S) FROM HOUSEHOLD ROSTER .....1

SOMEONE OUTSIDE THE HOUSEHOLD.....2

AN AGENCY.....3

OTHER, SPECIFY .....4

PROGRAMMING NOTE E17: IF E22=1, SHOW LIST OF NAMES FROM HOUSEHOLD ROSTER TO SELECT.



**SECTION F: INCOME AND EARNING SOURCES**

**INTRO TO SUBSECTION:** Ahora les vamos a hacer unas preguntas sobre los ingresos y beneficios que usted y su hogar pudieran estar recibiendo mensualmente. Aunque estas preguntas pudieran parecer personales, son importantes para entender el proceso para solicitar el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (por sus siglas en inglés "CACFP"), y las necesidades de las familias cuyos niños(as) están inscritos en **[name of sampled child care center]**. Queremos asegurarle que todas sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales.

**PROGRAMMING NOTE F1:** IF TARGET CHILD IS IDENTIFIED AS A FOSTER CHILD (E5 = 4) CONTINUE. ELSE, GO TO PROGRAMMING NOTE F2.

F1. ¿Cuál es el ingreso personal de **[target child]** mensualmente? Por "ingreso personal" nos referimos al dinero recibido para el uso personal de **[target child]**.

\$ |\_\_|,|\_\_|\_\_|

**PROGRAMMING NOTE F2:** CREATE LIST OF ALL PERSONS FROM THE HOUSEHOLD ROSTER WITH A CALCULATED AGE (FROM DOB RECORDED AT E7) OR REPORTED AGE (FROM E8) OF 18 YEARS OR YOUNGER INCLUDING THE TARGET CHILD AND REPORTED TO HAVE FINANCIAL SUPPPORT FROM IDENTIFIED PARENT/GUARDIAN (E17 = 1). QUESTIONS F2 TO F7 SHOULD BE ASKED ABOUT ALL PERSONS ON THIS LIST BEGINNING WITH THE TARGET CHILD.

F2. En **[application month and year]**, ¿recibió (**[target child]/[child's name]**) algún ingreso por pensión alimentaria, Seguro Social, de personas que no pertenecen al hogar o de cualquier otra fuente? Este es un ingreso que le pagan directamente a su hijo(a), no un ingreso que usted recoge.

No incluya SNAP; de eso hablaremos más adelante.

YES..... 1 (GO TO F3)

NO..... 2 (GO TO F7A)

F3. ¿Cuál fue la fuente de dicho ingreso? **SELECT ALL THAT APPLY**

CHILD SUPPORT..... 1 (ASK F4)

SOCIAL SECURITY OR DISABILITY SURVIVORS' BENEFITS..... 2 (ASK F5)

PERSONS OUTSIDE THE HOUSEHOLD..... 3 (ASK F6)

OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_ 4 (ASK F7)





**PROGRAMMING NOTE F3:** ASK QUESTIONS F4 TO F7 ONLY AS TRIGGERED BY RESPONSES TO QF3. ONCE THE AMOUNT IS COLLECTED FOR TRIGGERED FOLLOWUPS, GO TO QE7a.

F4. ¿Cuánto se recibe mensualmente como pensión alimentaria?

\$ | | , | | | | |

NOT APPLICABLE..... 99

F5. ¿Cuánto se recibe mensualmente como beneficio del seguro social?

\$ | | , | | | | |

NOT APPLICABLE..... 99

F6. ¿Cuánto se recibe mensualmente de personas que no pertenecen al hogar?

\$ | | , | | | | |

NOT APPLICABLE..... 99

F7. ¿Cuánto se recibe mensualmente de otras fuentes, incluyendo del programa WIC (mujeres, recién nacidos y niños)?

\$ | | , | | | | |

NOT APPLICABLE..... 99

**PROGRAMMING NOTE F4:** REPEAT QUESTIONS F2 TO F7 TO ASK ABOUT EACH CHILD ON THE LIST CREATED BEFORE F2 UNTIL INFORMATION IS COLLECTED ABOUT ALL CHILDREN LISTED BEFORE QUESTION F2.

**PROGRAMMING NOTE F5:** CREATE LIST OF PERSONS FROM THE HOUSEHOLD ROSTER WITH A CALCULATED (FROM DOB RECORDED AT E7) OR REPORTED AGE (FROM E8) OF 18 YEARS OR OLDER AND REPORTED TO HAVE FINANCIAL RESPONSIBILITY FOR CHILDREN IN THE HOUSEHOLD, NOT INCLUDING FOSTER CHILD (E17 = 1 YES)

ADD TO THE LIST PERSONS FROM THE HOUSEHOLD ROSTER WITH LEGAL/FINANCIAL RESPONSIBILITY FOR A FOSTER CHILD (E22 =1).

THE PARENT/GUARDIAN RESPONDENT IS LISTED FIRST AND HIS/HER SPOUSE/DOMESTIC PARTNER SECOND FOLLOWED BY ALL OTHER HOUSEHOLD MEMBERS ON THE LIST.

QUESTIONS E7A TO E31 SHOULD BE ASKED ABOUT ALL PERSONS ON THIS LIST

**INTERVIEWER:** PROVIDE THE RESPONDENT WITH THE INCOME SOURCE SHOW CARD AS A REFERENCE SO THEY CAN FOLLOW ALONG AND SELECT APPLICABLE INCOME SOURCES.



**INTRO TO SUBSECTION:** Para el siguiente grupo de preguntas, consulte esta tarjeta y la hoja de trabajo para la encuesta a los hogares (si ya tuvo oportunidad de llenarla).

F7a. **INTERVIEWER: DOES RESPONDENT HAVE A COMPLETED WORKSHEET AVAILABLE TO ANSWER THE REMAINING QUESTIONS IN THIS SECTION?**

YES..... 1

NO..... 2

F7b. (En base a su hoja de trabajo y/o a la tarjeta de fuentes de ingresos) por favor, dígame el número que corresponde a las fuentes de ingresos o pagos de beneficios que (usted/[person's name]) recibió en [application month and year].

**PROGRAMMING NOTE F6: ALLOW UP TO 10 INCOME/BENEFITS SOURCES PER PERSON.**

**INTERVIEWER: CHECK THE BOX ASSOCIATED WITH EACH SOURCE TYPE FOR HOUSEHOLD INCOME AND BENEFIT PAYMENT TYPE ON SHOW CARD 1 REPORTED BY THE RESPONDENT.**

<input type="checkbox"/> Source 01	<input type="checkbox"/> Source 08	<input type="checkbox"/> Source 15	<input type="checkbox"/> Source 22
<input type="checkbox"/> Source 02	<input type="checkbox"/> Source 09	<input type="checkbox"/> Source 16	<input type="checkbox"/> Source 23
<input type="checkbox"/> Source 03	<input type="checkbox"/> Source 10	<input type="checkbox"/> Source 17	<input type="checkbox"/> Source 24
<input type="checkbox"/> Source 04	<input type="checkbox"/> Source 11	<input type="checkbox"/> Source 18	<input type="checkbox"/> Source 25
<input type="checkbox"/> Source 05	<input type="checkbox"/> Source 12	<input type="checkbox"/> Source 19	<input type="checkbox"/> Source 26
<input type="checkbox"/> Source 06	<input type="checkbox"/> Source 13	<input type="checkbox"/> Source 20	
<input type="checkbox"/> Source 07	<input type="checkbox"/> Source 14	<input type="checkbox"/> Source 21	



**INTERVIEWER: CONFIRM THAT REPORTING IS COMPLETE BY PROBING "ANYTHING ELSE?" UNTIL RESPONDENT CONFIRMS THERE IS NO OTHER SOURCE OF INCOME OR BENEFITS FOR RESPONDENT/PERSON'S NAME.**

Q#	En [application month and year], ¿(usted/[person's name]) ....	Respuestas
F8	<p>... tuvo un trabajo pagado?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F7: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 01 IS SELECTED in QF7b</b></p> <p><b>PROBE:</b> Si tiene su propio negocio, incluya solamente el salario que se paga a usted misma(o) como ingresos personales o ganancias regulares. No incluya ganancias o pérdidas comerciales. Eso se lo preguntaremos después.</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
<p><b>INTRO TO NEXT SERIES OF QUESTIONS:</b> Las siguientes preguntas son sobre otros tipos de ingresos que (usted/[person's name]) pudiera haber recibido en [application month and year]. ¿(Usted/[person's name])...</p>		
F9	<p>... recibió ingresos como compensación por desempleo?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F8: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 02 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F10	<p>... recibió ingresos como compensación al trabajador?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F9: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 03 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F11	<p>... recibió ingresos como beneficios por huelgas?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F10: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 04 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F12	<p>... recibió ingresos por seguridad social o jubilación ferroviaria?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F11: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 05 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F13	<p>... recibió ingresos por pensión privada, jubilación o prestaciones del familiar superviviente?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F12: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 06 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F14	<p>... recibió ingresos por prestaciones en efectivo de militares, como por ejemplo subsidios para vivienda, alimentos o ropa? Por favor, no incluya el pago por combate.</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F13: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 07 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>



Q#	En [application month and year], ¿(usted/[person's name]) ....	Respuestas
F15	<p>... recibió ingresos como prestaciones de los veteranos?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F14:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 08 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F16	<p>... recibió ingresos por beneficios gubernamentales por discapacidad provenientes de Seguridad de Ingreso Suplementario (conocido en ingles por sus siglas SSI)?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F15:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 09 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F17	<p>... recibió ingresos por beneficios privados por discapacidad?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F16:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 10 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F18	<p>... recibió pagos de manutención?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F17:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 11 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F19	<p>... recibió pagos por pensión alimentaria de los hijos?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F18:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 12 IS SELECTED in QF7b</p> <p><b>PROBE:</b> No incluya el pago de la pensión alimentaria que ya reportó antes en relación a [name of child/children].</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F20	<p>... recibió ingresos por intereses y dividendos?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F19:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 13 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F21	<p>... recibió ingresos por renta (alquiler), es decir pagos de otras personas por un alquiler?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F20:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 14 IS SELECTED in QF7b</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F22	<p>... recibió ganancias o pérdidas por negocios no agrícolas, asociación o ejercicio profesional (de usted/de él/ella)?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F21:</b> AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 15 IS SELECTED in QF7b</p> <p><b>PROBE:</b> Se trata de ganancias o pérdidas no incluidas en el salario que se paga a sí misma(o) como ingresos personales o ganancias regulares.</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>



Q#	En [application month and year], ¿(usted/[person's name]) ....	Respuestas
F23	<p>... recibió ganancias o pérdidas provenientes de una granja (de usted/de él/ella)?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F22: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 16 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F24	<p>... recibió ayuda financiera para estudiantes universitarios? Por favor no incluya el dinero utilizado para la matrícula, libros y otros cargos, pero incluya el dinero utilizado para vivienda y comidas.</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F23: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 17 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F25	<p>... recibió pagos o retiros periódicos procedentes de grandes adjudicaciones o conciliaciones judiciales?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F24: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 18 IS SELECTED in QF7b</b></p> <p><b>PROBE:</b> Incluya ingresos procedentes de conciliaciones judiciales, herencias o haber ganado premios.</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F26	<p>... recibió ingresos procedentes de soporte o contribuciones <u>periódicas</u> de personas ajenas al hogar, por ejemplo, regalos en efectivo u otra asistencia financiera de amigos o familiares?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F25: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 19 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F27	<p>... recibió otros ingresos, como regalías netas, ingresos por fideicomiso, 401k , premios o bonos?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F26: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 20 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F28	<p>... recibió asistencia general, como asistencia del estado por discapacidad o programas de ayuda en general? Por favor, no incluya los beneficios por TANF o SNAP; le preguntaremos acerca de ellos más adelante.</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F27: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 21 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F29	<p>... recibió un subsidio de vivienda?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F28: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 22 IS SELECTED in QF7b</b></p> <p><b>PROBE:</b> No incluya el subsidio militar para la vivienda.</p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
Q#	En [application month and year], ¿(usted/[person's name]) ....	Respuestas



F30	<p>... recibió beneficios por neumoconiosis (Black Lung Benefits)?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F29: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 23 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F31	<p>... recibió algún otro tipo de asistencia pública (sin incluir TANF ni SNAP)?</p> <p><b>PROGRAMMING NOTE F30: AUTOMATICALLY SET RESPONSE TO 1 YES IF INCOME SOURCE 24 IS SELECTED in QF7b</b></p>	<p>YES.....1</p> <p>NO.....2</p>
F32	<p><b>IF QF31 IS YES, ASK: ¿Qué otro tipo de asistencia pública recibió (usted/person's name) en [application month and year]?</b></p> <p><b>IF QF31 IS NO: GO TO SECTION G.</b></p>	<p><b>SPECIFY:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**PROGRAMMING NOTE F31: REPEAT QUESTIONS F7b TO F32 ABOUT NEXT PERSON ON THE LIST CREATED BEFORE F7a UNTIL INFORMATION IS COLLECTED ABOUT ALL LISTED PERSONS.**



## SECTION G: INCOME AND EARNING AMOUNTS

**PROGRAMMING NOTE G1:** RUN AN EXTRACTION ROUTINE ON RESPONSES TO QUESTIONS F8 TO F31 ABOUT EACH ADULT PERSON ON CREATED LIST BEFORE F8. PRESENT FOLLOW-UP QUESTIONS ABOUT ANY REPORTED SOURCE OF INCOME OR RECEIVED BENEFITS, THAT IS, THE RESPONSE IS = 1 (YES) BY A PERSON LISTED BEFORE F8 IN SAME ORDER AS QUERIED IN F8 TO F32. THEN DISPLAY APPROPRIATE FOLLOW-UP QUESTION TO GATHER ADDITIONALLY NEEDED DETAILS.

**INTRO TO SECTION:** Ahora, quisiera preguntarle acerca de los diferentes montos de los ingresos que usted y los demás adultos de su hogar recibieron de las fuentes que me acaba de indicar. Para cada tipo de ingreso, comparemos su información sobre los ingresos con los documentos correspondientes, para asegurarnos de que anotamos los montos correctos. Podemos tomarnos ahora un breve receso para que pueda ir a buscar esta documentación. Los tipos de documentos que me gustaría ver son talones de cheques, talones de pagos o la declaración del impuesto sobre la renta del año pasado para los ingresos provenientes de trabajos, recibos de los trabajos pagados en efectivo, declaraciones de permisos o ingresos, registros comerciales, cartas de otorgamiento o los resúmenes que acompañan los pagos de pensión o beneficios.

**INTERVIEWER:** WAIT FOR RESPONDENT TO COLLECT DOCUMENTS THEN CONTINUE ON TO ASK INCOME AND EARNING AMOUNTS SECTION QUESTIONING.

**PROGRAMMING NOTE G2:** BEGIN ROUTINE, STARTING WITH QUESTION G1 ONLY IF F8 = 1 FOR RESPONDENT OR THIS PERSON #. ELSE, GO TO NEXT PERSON.

ASK ABOUT PAID JOBS FOR ALL ADULTS ON LIST CREATED AT THE START OF THIS SECTION BEFORE ASKING ABOUT OTHER REPORTED INCOME SOURCES FOR EACH ADULT.

**INTRO PAID WORK INCOME:** Antes, me mencionó que (usted/[person's name]) recibió ingresos procedentes de trabajos pagados en [application month and year]. Veamos esto juntas(os), utilizando la documentación que tiene disponible, documentemos la suma total que recibió la última vez que le pagaron (le pagaron a [person's name]).

**INTERVIEWER:** WHENEVER POSSIBLE, USE AVAILABLE DOCUMENTS TO VERIFY OR CLARIFY RESPONDENT'S RESPONSES.

G1. Tenemos que anotar la cantidad que (usted/[person's name]) recibió como ingresos procedentes de todos los trabajos pagados en [application month and year]. La cifra que necesito es el monto bruto, antes del pago de impuestos y de otras deducciones. Eso corresponde a su paga total (a la paga total de [person's name]), no a la cantidad que se trajo al hogar. Por favor, incluya propinas, comisiones y pago normal por horas extras. No incluya, en cambio, ganancias o pérdidas por negocios agrícolas o no agrícolas (propios/ de [person's name]), asociación o ejercicio profesional en [application month and year]. ¿Cuánto ganó (usted/[person's name]) por un trabajo pagado en [application month and year]?



**PROBE:** Su mejor cálculo o un promedio del mes estará bien.

**IF APPROPRIATE, ADD:** Tal vez podemos obtener este monto de la declaración de ingresos. **IF NEEDED, ADD:** ¿Tiene una declaración de ingresos de **[application month and year]**?

**INTERVIEWER: IF THE RESPONDENT HAS DOCUMENTATION OF ANNUAL PAY, SUCH AS A TAX RETURN, YOU CAN DIVIDE THAT NUMBER BY TWELVE TO ESTIMATE FOR THE MONTH.**

**IF DOCUMENTATION IS NOT AVAILABLE, ADD:** Your best estimate is fine.

\$ | | | | , | | | | |

- G2. ¿Con qué frecuencia le pagan a (usted/**[person's name]**) estas ganancias?
- HOURLY..... 1 (GO TO G3)
  - DAILY..... 2 (GO TO G3)
  - WEEKLY..... 3 (GO TO G3)
  - EVERY 2 WEEKS..... 4 (GO TO G3)
  - BI-MONTHLY (TWICE A MONTH)..... 5 (GO TO G3)
  - MONTHLY..... 6 (GO TO G4)
  - QUARTERLY..... 7 (GO TO G4)
  - ANNUALLY..... 8 (GO TO G4)
  - OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_ 9 (GO TO G4)

- G3. Debemos anotar cuántas veces le pagaron a (usted/**[person's name]**) en **[application month and year]**. **IF APPROPRIATE, ADD:** Podemos ver esta información en la documentación. Su mejor cálculo estará bien.

**INTERVIEWER: IF RESPONDENT ANSWERS DON'T KNOW, A COMMENT MUST BE ENTERED FOR CLARIFICATION.**

| | | | TIMES PAID





G4. INTERVIEWER: WAS DOCUMENTATION AVAILABLE TO PROVIDE DETAILS ABOUT RESPONDENT'S/THIS PERSON'S EARNINGS FROM A PAID JOB?

YES..... 1 (GO TO G5)

NO..... 2 (GO TO G11)

G5. INTERVIEWER: WHAT TYPE OF DOCUMENT WAS PROVIDED? CODE ALL THAT APPLY

CHECK STUB OR PAYSTUB..... 1

INCOME TAX RETURN..... 2

RECEIPT FOR CASH JOB..... 3

LEAVE AND EARNINGS STATEMENT..... 4

BUSINESS RECORDS..... 5

AWARD LETTER..... 6

EXPENSE RECEIPT..... 7

OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_..... 8

G6. DOES THE PAY STATEMENT REFLECT EARNINGS DURING THE [APPLICATION MONTH], THE CURRENT MONTH, OR ANOTHER TIME PERIOD?

[APPLICATION MONTH]..... 1 (GO TO G9)

CURRENT MONTH..... 2

BETWEEN [APPLICATION MONTH] AND CURRENT MONTH 3

1 TO 3 MONTHS PRIOR TO [APPLICATION MONTH]..... 4

MORE THAN 3 MONTHS SINCE [APPLICATION MONTH] 5



G7. La cantidad que acabamos de mencionar como sus ingresos (los ingresos de **[person's name]**) por un trabajo pagado es ¿más o menos igual, menos o más que los ingresos de su hogar en **[application month and year]**?

**IF NEEDED, ADD:** Le estoy pidiendo que compare el monto de los ingresos indicado en este talón de pago con los ingresos por este trabajo reportados cuando se determinó si **[target child]** tenía los requisitos para recibir los beneficios del programa de alimentación en **[name of sampled child care center]**.

ABOUT THE SAME.....1 (GO TO G9)

LESS.....2

MORE.....3

IF DON'T KNOW OR REFUSED, GO TO G9

G8. ¿Cuál es su mejor cálculo de la diferencia mensual en el monto que (usted/**[person's name]**) recibió por este trabajo pagado en **[application month and year]**?

\$ | | | , | | | |

G9. INTERVIEWER: WHAT WAS THE PERIOD ENDING DATE ON THE DOCUMENT?

| | | / | | | / | | |  
MONTH DAY YEAR

NOT FOUND ON DOCUMENT.....99

G10. INTERVIEWER: ENTER THE YEAR-TO-DATE AMOUNT SHOWN ON THE DOCUMENT.

\$ | | | , | | | |

NOT FOUND ON DOCUMENT.....99

G11. ¿Tuvo (usted/**[person's name]**) algún otro trabajo pagado en **[application month and year]**?

YES.....1 (GO TO PROGRAMMING NOTE G3)

NO.....2 (GO TO PROGRAMMING NOTE G3)

**PROGRAMMING NOTE G3:** REPEAT QUESTIONS G1 TO G11 IN A LOOP UNTIL RESPONSE TO G11 = 2 (NO).



**PROGRAMMING NOTE G4:** ASK ENTIRE SERIES OF QUESTIONS ABOUT ALL OTHER REPORTED SOURCES OF INCOME FOR EACH ADULT PERSON ON CREATED LIST BEFORE F8 BEFORE CONTINUING TO ASK THE SAME SERIES FOR THE NEXT ADULT. QUERY EACH ADULT IN THE SAME ORDER USED PREVIOUSLY FOR THE PAID WORK QUESTIONS.

**INTRO TO OTHER SOURCES OF INCOME:** Antes mencionó que usted y las otras personas de su hogar habían tenido otras fuentes de ingresos en [application month and year]. Muy bien, otra vez veamos juntas(os) la documentación que tiene disponible para documentar las sumas que (usted/[person's name]) recibió de estas otras fuentes.

**INTERVIEWER:** WHENEVER POSSIBLE, USE AVAILABLE DOCUMENTS TO VERIFY OR CLARIFY RESPONDENT'S RESPONSES.

**PROGRAMMING NOTE G5:** ASK THIS QUESTION ONLY IF F9 = 1 (YES) through F32 = 1 (YES) FOR OTHER SOURCES OF INCOME. REPEAT QUESTIONS FOR EACH OTHER INCOME SOURCE REPORTED FOR EACH ADULT.

G12. ¿Cuánto recibió (usted/[person's name]) de [income source], (por ejemplo, compensación por desempleo)] durante [application month and year]?

**PROBE:** Si los ingresos se recibieron anual o trimestralmente, en base a su mejor cálculo, cuánto diría usted que fue la cantidad que se recibió mensualmente.

**INTERVIEWER:** IF INCOME IS NOT A DIRECT PAYMENT, SUCH AS A SUBSIDY, THE RESPONDENT CAN PROVIDE THEIR BEST ESTIMATE OF THE DOLLAR VALUE OF THE SUBSIDY ON A MONTHLY BASIS.

**IF APPROPRIATE, ADD:** Tal vez podemos obtener esta suma de la declaración de pagos. **IF NEEDED, ADD:** ¿Tiene una declaración de beneficios de [application month and year]?

**OR ADD:** Su mejor cálculo estará bien.

\$ | | | , | | | |

G13. ¿Con qué frecuencia recibió (usted/[person's name]) [other income source]?

- WEEKLY.....1
- EVERY TWO WEEKS.....2
- TWICE MONTHLY.....3
- MONTHLY.....4



G14. INTERVIEWER: WAS DOCUMENTATION AVAILABLE TO PROVIDE DETAILS ABOUT (RESPONDENT'S/PERSON'S) [INCOME SOURCE, EXAMPLE: UNEMPLOYMENT COMPENSATION] PAYMENT?

YES..... 1

NO..... 2 (GO TO NOTE AT END OF THIS SECTION)

G15. DOES THE DOCUMENT REFLECT PAYMENT DURING THE APPLICATION MONTH, THE CURRENT MONTH, OR ANOTHER TIME PERIOD??

APPLICATION MONTH..... 1 (GO TO G18)

CURRENT MONTH..... 2

BETWEEN [APPLICATION MONTH] AND CURRENT MONTH 3

1 TO 3 MONTHS PRIOR TO [APPLICATION MONTH]..... 4

MORE THAN 3 MONTHS SINCE [APPLICATION MONTH] 5

G16. La cantidad que acabamos de mencionar como (sus ingresos / los ingresos de [person's name]) por este(a) [other income source] es ¿más o menos igual, menos o más que el pago recibido en [application month and year]?

**IF NEEDED, ADD:** Le estoy pidiendo que compare el monto de los ingresos indicado en este talón de pago con los ingresos por este(a) [other income source] reportados cuando se determinó si [target child] tenía los requisitos para recibir los beneficios del programa de alimentación en [name of sampled child care center].

ABOUT THE SAME..... 1 (GO TO G18)

LESS..... 2

MORE..... 3

IF DON'T KNOW OR REFUSED, GO TO G18.

G17. ¿Cuál es su mejor cálculo de la diferencia mensual en el monto que (usted/[person's name]) recibió por este(a) [other income source] en [application month and year]?

\$ | | | , | | | |



G18. INTERVIEWER: SPECIFY THE TYPE OF DOCUMENT.

STATEMENT.....1

BENEFITS LETTER.....2

CHECK STUB.....3

OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_4

G19. INTERVIEWER: WHAT WAS THE PERIOD ENDING DATE ON THE DOCUMENT?

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
MONTH DAY YEAR

NOT FOUND ON DOCUMENT.....99

G20. INTERVIEWER: RECORD THE YEAR-TO-DATE AMOUNT SHOWN ON THE DOCUMENT.

\$ |\_|\_|,|\_|\_|\_|\_|

NOT FOUND ON DOCUMENT.....99

**PROGRAMMING NOTE G6:** REPEAT THE LOOP OF G12 THROUGH G20 TO ASK ABOUT EACH ADULT PERSON FROM CREATED LIST BEFORE F7a AND WITH REPORTED INCOME FROM ANOTHER SOURCE IN QUESTIONS F8 THROUGH F32.



**SECTION H: TOTAL MONTHLY INCOME**

**PROGRAMMING NOTE H1: RUN A CALCULATION OF ALL SOURCES OF REPORTED INCOME IN SECTIONS F AND G. POST CALCULATED TOTAL TO QUESTION H1.**

H1. La computadora acaba de sumar todas las fuentes de ingresos que usted me indicó y el total de los ingresos del hogar en **[application month and year]** (incluyendo los ingresos de las personas que ya no están aquí) es **[calculated total from all sources listed in sections F and G]**. ¿Le parece que está correcto?

YES..... 1 (GO TO SECTION I)

NO..... 2 (GO TO H2)

**PROGRAMMING NOTE H2: ALLOW INSTRUMENT TO RETURN TO INCOME AMOUNT QUESTIONS TO MAKE CORRECTIONS.**

H2. Puesto que cree que el total calculado por la computadora no está correcto, revisemos cada una de las fuentes que usted mencionó para corregir los montos.

**INTERVIEWER: READ OR SHOW RESPONDENT EACH INCOME SOURCE AND AMOUNT AND MAKE ADJUSTMENTS WHERE NEEDED. WHEN REVIEW IS COMPLETE, CODE 1 TO CONTINUE.**

CONTINUE..... 1

H3. Los ingresos totales revisados por MES son ahora **[total from all sources listed in section F and G]**. ¿Le parece que está correcto?

YES..... 1

NO..... 2 (RETURN TO H2 TO REPEAT REVIEW OF ALL SOURCES, REPEAT PROCESS UNTIL INCOME IS CORRECTED TO THE RESPONDENT'S SATISFACTION)



**SECTION I: DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS**

**INTRO TO SECTION:** Tengo unas pocas preguntas más para usted.

11. En estos momentos, ¿está casada(o), vive con una pareja con la que no está casada(o), es viuda(o), divorciada(o), separada(o) o nunca se casó?

- MARRIED..... 1
- LIVING WITH PARTNER TO WHOM YOU ARE NOT MARRIED..... 2
- WIDOWED..... 3
- DIVORCED..... 4
- SEPARATED..... 5
- SINGLE AND NEVER MARRIED..... 6

12. ¿Cuál es el nivel de escolaridad más alto que ha completado?

- LESS THAN HIGH SCHOOL..... 1
- HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED..... 2
- ASSOCIATES DEGREE..... 3
- BACHELORS DEGREE..... 4
- MASTERS DEGREE..... 5
- DOCTORATE (PhD) DEGREE..... 6
- LAW DEGREE..... 7
- MEDICAL (M.D.) DEGREE..... 8
- OTHER, SPECIFY \_\_\_\_\_..... 9

13. ¿Se considera hispana(o) o de origen latino?

**PROBE:** ¿Cubana(o), mexicana(o), puertorriqueña(o) o centroamericana(o), o de otra cultura u origen español?

- YES..... 1
- NO..... 2



14. ¿Es usted india(o) americana(o) o nativa(o) de Alaska, asiática(o), negra(o) o afroamericana(o), nativa(o) de Hawái o de otra isla del Pacífico o blanca(o)? **MARK ALL THAT APPLY**

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE.....1
- ASIAN.....2
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN.....3
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER.....4
- WHITE.....5

15. ¿Es usted ciudadana(o) de los Estados Unidos?

- YES.....1 (GO TO I7)
- NO.....2 (GO TO I6)

16. ¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos?

**PROBE:** Incluya el número total de años/meses que ha vivido en los Estados Unidos, incluso si no vivió aquí de manera continuada.

- |\_|\_| YEARS
- |\_|\_| MONTHS
- OR
- SINCE |\_|\_|\_|\_| YEAR

17. ¿Es **[targe child]** de origen hispano o latino?

**PROBE:** Cubana(o), mexicana(o), puertorriqueña(o) o centroamericana(o), o de otra cultura u origen español?

- YES.....1
- NO.....2

18. ¿Es india(o) americana(o) o nativa(o) de Alaska, asiática(o), negra(o) o afroamericana(o), nativa(o) de Hawái o de otra isla del Pacífico o blanca(o)? **MARK ALL THAT APPLY**

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE.....1
- ASIAN.....2
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN.....3
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER.....4
- WHITE.....5



