

APPENDIX A2.9

HEAD START (SPANISH)

Encuesta para centros Head Start

AVISO IMPORTANTE:

- **Sírvase contestar este cuestionario pensando en la guardería Head Start y/o Early Head Start con la dirección enumerada en la carta de presentación adjunta a esta correspondencia. Conteste las preguntas basándose únicamente en esta guardería.**
- **Tome en cuenta tanto a las clases de Head Start como a las de Early Head Start al contestar las preguntas. Si su guardería únicamente tiene un tipo de programa (ya sea Head Start o Early Head Start), conteste las preguntas basándose únicamente en ese tipo de programa.**
- **Es posible que le hagamos preguntas para las que no tiene respuesta. En caso de eso, comuníquese con su organización patrocinadora, con alguien de su organización o con la persona indicada para obtener la información. Le agradecemos de antemano su colaboración.**

Participación inicial de su guardería Head Start/Early Head Start en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés)

1. ¿En qué año empezó su guardería Head Start/Early Head Start a participar en el CACFP?

|_|_|_|_|_|

No sé.....

2. Al recordar cuando solicitó participar por primera vez en el CACFP, ¿cuánto tiempo tomó desde que se hizo la solicitud hasta que aprobaron la participación?

Menos de 7 días.....

1 a 4 semanas.....

1 a 2 meses.....

Más de 2 meses.....

No sé.....

Información general de su guardería Head Start/Early Head Start

3. ¿La organización que administra a su guardería es privada sin fines de lucro o la dirige una entidad pública? *(Marque un recuadro)*

Privada, sin fines de lucro.....

Entidad pública.....

No sé.....

4. ¿Cuántos niños en total puede atender su guardería Head Start/Early Head Start con la licencia?

Número de niños.....|_|_|_|

5. ¿A cuál de los siguientes grupos de edad atiende su guardería Head Start/Early Head Start? *(Marque todo lo que corresponda)*

0 a 12 meses.....

1 y 2 años.....

3 a 5 años.....

Mayores de 5 años.....

6. ¿Envía usted y/o su personal a los niños en su guardería a otros servicios comunitarios que podrían necesitar?

Sí.....

No.....

No sé.....

} **VAYA A LA PREGUNTA 7**

6a. ¿A cuál de los siguientes servicios los envían? (Marque todo lo que corresponda)

- El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)...
- Programas de salud que brindan exámenes médicos, dentales de vista, de audición o del habla.....
- Servicios terapéuticos tales como terapia del lenguaje, terapia ocupacional u otros servicios para niños con necesidades especiales.....
- Seguro de salud.....
- Asistencia social para niños o servicios de asistencia para familias.....
- El Programa Especial de Nutrición Suplementaria o SNAP (anteriormente llamado el Programa de Cupones para Alimentos).....
- Programa Head Start/Early Head Start...
- Programas de asistencia alimentaria de emergencia (tales como comedor comunitario, banco de alimentos o un comedor de beneficencia).....
- Servicios de vivienda o albergue.....
- Otro.....
- (Especifique)_____
- No sé.....

Horario de su guardería Head Start/Early Head Start

7. ¿Cuántos días a la semana está normalmente abierta su guardería Head Start/Early Head Start?

Número de días.....||

8. ¿Tiene su guardería Head Start/Early Head Start dos turnos (mañana y tarde)?

Sí..... → **VAYA A LA PREGUNTA**

8a

No..... → **VAYA A LA PREGUNTA**

9

8a. Complete la siguiente tabla únicamente para el turno de la mañana. ¿Cuál es el horario regular de atención de su guardería para cada día de la semana? Si su guardería no brinda atención en el turno de la mañana durante un día en particular, marque "Mi guardería normalmente no brinda atención en la mañana durante ese día."

Día de la semana	Hora de entrada (AM)	Hora de salida (AM/PM)	Mi guardería normalmente no brinda atención en la mañana durante ese día.
Lunes	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Martes	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Miércoles	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Jueves	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Viernes	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Sábado	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Domingo	_ : _ _ AM	_ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>

8b. Complete la siguiente tabla únicamente para el turno de la tarde. ¿Cuál es el horario regular de atención de su guardería para cada día de la semana? Si su guardería no brinda atención en el turno de la tarde durante un día en particular, marque "Mi guardería normalmente no brinda atención en la tarde durante ese día."

Día de la semana	Hora de entrada	Hora de salida	Mi guardería normalmente no brinda atención en la tarde durante ese día.
Lunes	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Martes	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Miércoles	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Jueves	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Viernes	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Sábado	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>
Domingo	_ : _ _ PM	_ : _ _ PM	<input type="checkbox"/>

VAYA A LA PREGUNTA 10

9. ¿Cuál es el horario regular de atención de su guardería Head Start/Early Head Start para cada día de la semana? Si su guardería no brinda atención durante un día en particular, marque "Mi guardería normalmente no brinda atención durante ese día."

Día de la semana	Hora de entrada (AM/PM)	Hora de salida (AM/PM)	Mi guardería normalmente no brinda atención durante ese día.
Lunes	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Martes	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Miércoles	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Jueves	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Viernes	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Sábado	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>
Domingo	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM	<input type="checkbox"/>

10. Para el año calendario del 2014, ¿por cuántas semanas planeó su guardería Head Start/Early Head Start estar en funcionamiento?

Número de semanas.....|_|_|

Inscripción en su guardería Head Start/Early Head Start

11. En total, ¿cuántos niños están inscritos actualmente en su guardería Head Start/Early Head Start? Si su guardería tiene dos turnos, combine la inscripción de todos los turnos.

Número de niños.....|_|_|_|

- 11a. ¿Cuántos niños están inscritos por menos de 30 horas a la semana?

Número de niños....|_|_|_|

- 11b. ¿Cuántos niños están inscritos por menos de 5 días a la semana? Si corresponde, incluya a los niños enumerados anteriormente en la pregunta 11a.

Número de niños....|_|_|_|

11c. ¿Cuántos niños están inscritos por uno o más días durante el fin semana? Si corresponde, incluya a los niños enumerados anteriormente en las preguntas 11a y 11b.

Esta guardería no funciona los fines de
semana..... → **VAYA A LA PREGUNTA
12**

Número de niños.....|_|_|

Promedio de asistencia diaria a su guardería Head Start/Early Head Start

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en la asistencia real de los niños en las últimas cuatro semanas.

12. En las últimas cuatro semanas, en un típico día de semana, ¿cuántos niños inscritos asistieron a su guardería Head Start/Early Head Start?

Número de niños.....|_|_|_|

13. En las últimas cuatro semanas, en un típico día de fin de semana, ¿cuántos niños inscritos asistieron a su guardería Head Start/Early Head Start?

Esta guardería no funciona los fines de semana →
.....**VAYA A LA PREGUNTA 14**

Número de niños.....|_|_|_|

14. Piense en una semana típica en las últimas cuatro semanas. ¿Cuántos niños inscritos asistieron a su guardería Head Start/Early Head Start por 5 días o más?

Número de niños.....|_|_|_|

15. Piense en una semana típica en las últimas cuatro semanas. ¿Cuántos niños inscritos asistieron a su guardería Head Start/Early Head Start por menos de 5 días?

Número de niños.....|_|_|_|

Servicio de comida y menús en su guardería Head Start/Early Head Start

Conteste las preguntas de esta sección únicamente acerca de las comidas y los menús que se sirven en su guardería.

16. ¿Cuál de las siguientes comidas sirve su guardería Head Start/Early Head Start en días de semana? (*Marque todo lo que corresponda*)

- Desayuno.....
- Refrigerio en la mañana.....
- Almuerzo.....
- Refrigerio en la tarde.....
- Cena.....
- Refrigerio en la noche.....

17. ¿Cuál de las siguientes comidas sirve su guardería Head Start/Early Head Start los fines de semana? (Marque todo lo que corresponda)

- Esta guardería no funciona los fines de semana.....
- Desayuno.....
- Refrigerio en la mañana.....
- Almuerzo.....
- Refrigerio en la tarde.....
- Cena.....
- Refrigerio en la noche.....

18. Anote la cantidad total de cada tipo de comida o refrigerio que reclamó su guardería Head Start/Early Head Start a CACFP en octubre del 2014.

- Desayuno.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la mañana|_|_|_|_|_|_|_|
- Almuerzo.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la tarde|_|_|_|_|_|_|_|
- Cena.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la noche|_|_|_|_|_|_|_|

19. Anote la cantidad total de cada tipo de comida o refrigerio que su guardería Head Start/Early Head Start servió a los niños en octubre del 2014, pero que no se reclamó a CACFP.

- Desayuno.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la mañana|_|_|_|_|_|_|_|
- Almuerzo.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la tarde|_|_|_|_|_|_|_|
- Cena.....|_|_|_|_|_|_|_|
- Refrigerio en la noche|_|_|_|_|_|_|_|

20. ¿Tiene su guardería Head Start/Early Head Start bebés a los que todavía se les da leche materna en la guardería? (Marque un recuadro)

- No tenemos ningún bebé inscrito en nuestra guardería
- Sí.....
- No.....

21. ¿De dónde provienen los menús que se usan en su guardería Head Start/Early Head Start?
(Marque todo lo que corresponda)

- Personal de Head Start/Early Head Start
- Menús rotativos del patrocinador de CACFP
- Agencia estatal del CACFP.....
- Asociación de guarderías.....
- Vendedor comercial.....
- Página Web del CACFP en USDA.....
- Página Web oficial de Head Start.....
- Otra página Web.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

AVISO:

Si usted marcó un recuadro en la pregunta 21, vaya a la pregunta 22. De lo contrario, vaya a la pregunta 21a.

21a. ¿De dónde provienen principalmente los menús que se usan en su guardería Head Start/Early Head Start? (Marque un recuadro)

- Personal de Head Start/Early Head Start.....
- Menús rotativos del patrocinador de CACFP.....
- Agencia estatal del CACFP.....
- Asociación de guarderías.....
- Vendedor comercial.....
- Página Web del CACFP en USDA
- Página Web oficial de Head Start
- Otra página Web.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

22. ¿Prepara otra organización todas, algunas o ninguna de las comidas que sirven (por ejemplo de un banco de alimentos, vendedor comercial de servicios alimentarios o de un patrocinador de CACFP) y se distribuyen a su guardería como "comidas listas para servir"? (Por "comidas listas para servir" queremos decir que usted puede servir la comida como si se hubiera preparado para usted con un mínimo esfuerzo, como calentarla únicamente o cortarla en porciones.)

- Todas las comidas las suministran otras organizaciones "listas para servir".....
- Algunas comidas las suministran "listas para servir" y algunas comidas se preparan en la guardería.....
- Ninguna comida la suministran "lista para

servir" todas las comidas se preparan en
nuestra guardería..... → **VAYA A LA PREGUNTA**
23

22a. ¿Dónde está la mayoría de la comida lista para servir? (Marque un recuadro)

- En la cocina central de mi organización o con mi patrocinador de CACFP...
- En una escuela local que no es mi patrocinadora.....
- Con un vendedor comercial de servicios alimentarios.....
- En un restaurante local o con un servicio de banquete con licencia
- En un banco de alimentos o cocina de emergencia.....
- En un albergue para personas sin hogar.....
- En otro local comunitario.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

Idiomas que se hablan en su guardería Head Start/Early Head Start

23. ¿Habla algún niño que está actualmente inscrito en su guardería Head Start/Early Head Start otro idioma que no sea inglés?

- Sí.....
 - No.....
 - No sé.....
- } VAYA A LA PREGUNTA 24

23a. ¿Cuenta su guardería por lo menos con una persona que habla el mismo idioma que estos niños hablan?

- Sí.....
- No.....

23b. ¿Qué idiomas hablan usted y su personal cuando se dirigen a los niños en su guardería Head Start/Early Head Start? (Marque todo lo que corresponda)

- Inglés.....
- Español.....
- Chino.....
- Francés/criollo haitiano.....
- Tagalo.....
- Vietnamita.....
- Coreano.....
- Alemán.....
- Ruso.....
- Hmong-mien.....

- Árabe.....
- Japonés.....
- Otro idioma.....
- (Especifique)_____

23c. ¿Cuál es el idioma principal que usted y su personal hablan cuando se dirigen a los niños en su guardería Head Start/Early Head Start? (Marque un recuadro)

- Inglés.....
- Español.....
- Chino.....
- Francés/criollo haitiano.....
- Tagalo.....
- Vietnamita.....
- Coreano.....
- Alemán.....
- Ruso.....
- Hmong-mien.....
- Árabe.....
- Japonés.....
- Otro idioma.....
- (Especifique)_____

Niños que requieren de una alimentación especial

24. ¿Requiere algún niño inscrito en su guardería Head Start/Early Head Start de una alimentación especial?

- Sí.....
 - No.....
 - No sé.....
- } **VAYA A LA PREGUNTA 25**

24a. ¿Cuáles son las reglas que su guardería tiene para brindarle a estos niños su alimentación especial? (Marque todo lo que corresponda)

- Les pedimos que traigan una notificación de su proveedor de salud en la que se documenta la necesidad de una alimentación especial
- Les sustituimos los alimentos que no pueden comer.....
- Les modificamos los patrones de comida tanto como sea necesario.....
- No permitimos ningún tipo de nueces en nuestra guardería.....
- Permitimos que los niños que requieren de una alimentación especial traigan su comida de casa.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

Dotación de personal en su guardería Head Start/Early Head Start

Así como en las otras secciones de esta encuesta, conteste las preguntas en esta sección únicamente para su guardería Head Start/Early Head Start. **Esta es la guardería ubicada en la dirección que aparece en la carta de presentación adjunta al cuestionario.**

25. Incluyéndose a usted, ¿cuántas personas trabajan en su guardería Head Start/Early Head Start? (Incluya tanto al personal que trabaja medio tiempo como al que trabaja tiempo completo.)

Número total de trabajadores|_|_|_|

26. ¿Cuál es el número regular de niños por adulto en esta guardería Head Start/Early Head Start a las 10 de la mañana en un día de semana, para grupos de 3 a 5 años?

Número de niños por adulto.....|_|_|

27. ¿Es este número de niños por adulto distinto en los fines de semana o por las tardes cuando su guardería Head Start/Early Head Start está en funcionamiento?

Esta guardería Head Start/Early Head Start no
está abierta los fines de semana ni por las
tardes.....
No, no es distinto los fines de semana ni por
las tardes.....
Sí, es distinto los fines de semana y por las
tardes.....

VAYA A LA PREGUNTA 28

- 27a. ¿Cuál es número regular de niños por adulto, para grupos de 3 a 5 años, que se atienden en su guardería los fines de semana o por las tardes?

Número de niños por adulto|_|_|

28. ¿Cuántas personas (incluyendo tanto los de medio tiempo como los de tiempo completo) trabajan en su guardería Head Start/Early Head Start en las siguientes tareas de servicio de alimentos: planificación del menú, compra de alimentos, almacenamiento de alimentos, preparación de alimentos y/o seguridad de alimentos?

Número de trabajadores |_|_|_| → **SI = 0, VAYA A LA PREGUNTA 29**

- 28a. De todas las personas que trabajan en estas tareas de servicio de alimentos, ¿cuántas han recibido capacitación en servicio de alimentos como parte obligatoria de la capacitación anual del CACFP?

Número de trabajadores|_|_|_|

28b. ¿Cuántos de estos trabajadores han recibido capacitación adicional en servicio de alimentos que **no** formaba parte obligatoria de la capacitación anual del CACFP?

Número de trabajadores|__|__|__|

Uso de Internet en su guardería Head Start/Early Head Start

29. ¿Tiene su guardería Head Start/Early Head Start acceso a Internet?

- Sí.....
 - No.....
 - No sé.....
- } **VAYA A LA PREGUNTA 31**

30. ¿Envía normalmente su guardería Head Start/Early Head Start los formularios de reclamación para las comidas del CACFP en papel, por Internet o en ambos formatos?

- Únicamente en papel..... → **VAYA A LA PREGUNTA 31**
- Únicamente por Internet.....
- Ambos, en papel y por Internet.....

30a. ¿Quién desarrolló el sistema que su guardería Head Start/Early Head Start usa para enviar las reclamaciones del CACFP por Internet? (Marque un recuadro)

- Fuente privada.....
 - Agencia estatal del CACFP.....
 - Organización patrocinadora del CACFP.....
 - No sé.....
- } **VAYA A LA PREGUNTA 31**

30b. ¿Cuál es el nombre del sistema que su guardería Head Start/Early Head Start usa para enviar las reclamaciones del CACFP por Internet?

- Minute Menu.....
- Procare.....
- CACFP.Net.....
- Otro.....
- (Especifique)_____
- No sé.....

Capacitación y apoyo brindado por su organización patrocinadora

En esta sección, nos interesa saber acerca de la capacitación y otro tipo de apoyo que su organización patrocinadora del CACFP le brindó a su guardería Head Start/Early Head Start en los últimos 12 meses.

Así como cuáles serían temas útiles relacionados con el CACFP en los que se podría recibir más capacitación o apoyo.

31. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted y/o su personal capacitación de su patrocinador del CACFP sobre problemas del CACFP?

Sí.....

No..... → **VAYA A LA PREGUNTA**

32

31a. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue el formato más común que su patrocinador del CACFP usó para dar esta capacitación? (Marque un recuadro)

- Internet.....
- Clases en grupo o talleres en persona
- Trabajo individual.....
- Uno a uno.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

31b. En los últimos 12 meses, ¿sobre qué temas recibió usted y/ su personal capacitación de su patrocinador del CACFP? (Marque todo lo que corresponda)

- Requisitos de las comidas del CACFP....
- Requisitos de documentación y registros
- Preparación y solicitud de reembolsos mensuales.....
- Requisitos categóricos de elegibilidad de Head Start.....
- Requisitos de supervisión del CACFP....
- Definición de deficiencias graves.....
- Mantener la confidencialidad.....
- Requisitos del USDA sobre derechos civiles
- Proceso de apelación para deficiencias graves
- Compra de alimentos.....
- Planificación del menú.....
- Preparación de alimentos.....
- Seguridad de alimentos/funcionamiento del servicio de alimentos.....
- Nutrición.....
- Actividad física en guarderías.....
- Prevención de la obesidad.....
- Mejores prácticas en las guarderías.....
- Bienestar del personal.....
- Relaciones con los padres.....
- Reconocer el abuso y descuido.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

31c. ¿Qué tan satisfecho está usted con la capacitación que recibió su guardería del patrocinador del CACFP?

- Muy satisfecho.....
- Satisfecho.....
- Ni satisfecho ni insatisfecho.....
- Insatisfecho.....

Muy insatisfecho.....

32. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido apoyo técnico de su patrocinador del CACFP?

Sí.....

No..... → **VAYA A LA PREGUNTA**

33

32a. ¿Sobre qué temas recibió apoyo técnico de su patrocinador del CACFP?
(Marque todo lo que corresponda)

- Planificación de menús/menús de muestra.....
- Contrato con los vendedores de comida
- Capacitación del personal.....
- Presupuesto.....
- Apoyo informático.....
- Otros temas.....
- (Especifique)_____

32b. ¿Qué tan satisfecho está usted con el apoyo técnico disponible de su patrocinador del CACFP?

- Muy satisfecho.....
- Satisfecho.....
- Ni satisfecho ni insatisfecho.....
- Insatisfecho.....
- Muy insatisfecho.....

33. ¿Hay algún tema relacionado con alimentos, nutrición o con el CACFP sobre los que quisiera recibir más capacitación o apoyo?

- Sí.....
- No..... → **VAYA A LA PREGUNTA**

34

33a. ¿Sobre qué temas quisiera recibir más capacitación o apoyo de su patrocinador del CACFP? (Marque todo lo que corresponda)

- Requisitos de las comidas del CACFP....
 - Requisitos de documentación y registros
 - Preparación y solicitud de reembolsos mensuales.....
 - Requisitos categóricos de elegibilidad de Head Start.....
 - Requisitos de supervisión del CACFP....
 - Definición de deficiencias graves.....
 - Mantener la confidencialidad.....
 - Requisitos del USDA sobre derechos civiles
 - Proceso de apelación para deficiencias graves
 - Compra de alimentos.....
 - Contratos con los vendedores de comida
 - Planificación de menús/menús de muestra
 - Preparación de alimentos.....
 - Seguridad de alimentos/funcionamiento del servicio de alimentos.....
 - Presupuesto.....
 - Apoyo informático.....
 - Nutrición.....
 - Actividad física en guarderías.....
 - Prevención de la obesidad.....
 - Mejores prácticas en las guarderías.....
 - Bienestar del personal.....
 - Capacitación del personal.....
 - Relaciones con los padres.....
 - Reconocer abuso y descuido.....
 - Otro.....
- (Especifique)_____

Capacitación brindada por su guardería a su personal

En las siguientes preguntas, nos interesa saber acerca de la capacitación relacionada con el CACFP que su guardería ha brindado a su personal de Head Start/Early Head Start en los últimos 12 meses.

34. En los últimos 12 meses, ¿brindó su guardería Head Start/Early Head Start capacitación a su personal sobre problemas del CACFP, tales como patrones de comida y nutrición?

- Sí.....
 - No.....
 - No sé.....
- } VAYA A LA PREGUNTA 35

34a. En los últimos 12 meses. ¿cuántas sesiones de capacitación brindó su guardería a su personal de Head Start/Early Head Start sobre problemas del CACFP?

Número de sesiones de capacitación
sobre problemas del CACFP..|_|_|

Visitas de supervisión del CACFP

35. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces hizo su patrocinador del CACFP una visita de supervisión a su guardería Head Start/Early Head Start?

Veces en los últimos 12 meses |__|__| → **SI = 0, VAYA A LA PREGUNTA 41**

36. ¿Cuántas de estas visitas de supervisión se comunicaron antes de la visita?

Número de visitas de supervisión comunicadas antes de la visita |__|__|

No sé.....

37. En los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos minutos, en promedio, duró cada visita de supervisión del CACFP?

Minutos por visita.....|__|__|

38. En los últimos 12 meses, ¿cuál de los siguientes temas relacionados con la inscripción se revisaron durante una visita de supervisión del CACFP en su guardería Head Start/Early Head Start? (*Marque todo lo que corresponda*)

Licencia de la guardería está vigente.....

Seguimiento de las normas de salud y seguridad.....

Existe un registro actual de inscripción para cada niño presente, incluyendo los hijos del proveedor.....

Número de asistencia de los niños es menor o igual a la capacidad de la licencia.....

Documentación de alergias a las comidas

Otro.....

(Especifique)_____

39. En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes temas relacionados con reclamaciones y menús se revisaron durante una de supervisión del CACFP? (Marque todo lo que corresponda)

- Existencia y precisión de la asistencia diaria
- Número de comidas reclamadas en comparación con la capacidad de la licencia
- Registro de conteo de comidas y menús
- Conciliación de 5 días.....
- Menús de cada comida reclamada, incluyendo la comida de los bebés.....
- Registro de preparación del menú con las cantidades.....
- Cumplimiento del menú para bebés de acuerdo con los patrones de comida del CACFP
- Recibos de alimentos que respalden el menú
- Otro.....
- (Especifique)_____

40. En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes temas relacionados con comidas se observaron y/o revisaron durante una visita durante una de supervisión del CACFP? (Marque todo lo que corresponda)

- Se observó que las comidas reúnan los patrones de comida del CACFP.....
- El tipo adecuado de leche se sirva a los niños
- El agua potable esté disponible todo el día
- Las comidas servidas sean las mismas del menú.....
- La hora a la que se sirven las comidas y refrigerios es adecuada.....
- El tipo de servicio de comidas (si ellos mismos se sirven o si les sirven la comida en un plato)
- Observación de prácticas de manipulación segura de alimentos.....
- Se brinda alimentación especial a niños con alergias.....
- Otro.....
- (Especifique)_____

Su satisfacción con su patrocinador del CACFP

41. Califique su nivel de satisfacción con su organización patrocinadora del CACFP en los siguientes factores: *(Encierre en un círculo un número por factor)*

<u>Factor</u>	<u>Muy satisfeh o</u>	<u>Satisfeh o</u>	<u>Ni satisfeh ni insatisfeh o</u>	<u>Insatisfeh o</u>	<u>Muy insatisfeh o</u>	<u>N o sé</u>	<u>No correspon de</u>
a. Disponibilidad de una persona cuando se necesita ayuda.....	1	2	3	4	5	-8	-9
b. Tiempo de procesamiento para el pago de mis reclamaciones.....	1	2	3	4	5	-8	-9
c. Revisión de la guardería Head Start/Early Head Start.....	1	2	3	4	5	-8	-9
d. Uso de tecnología del patrocinador del CACFP.....	1	2	3	4	5	-8	-9
e. Apoyo a mi guardería Head Start/Early Head Start en uso de tecnología para el CACFP.....	1	2	3	4	5	-8	-9

Sus percepciones del CACFP

42. ¿Cómo cambia el dinero del reembolso del CACFP la manera en que su guardería Head Start/Early Head Start brinda servicios? *(Marque todo lo que corresponda)*

- Podemos atender mejor a más niños.....
 - Podemos servir más refrigerios o comidas a los niños que atendemos.....
 - Podemos servir comidas de mejor calidad
 - Podemos mejorar las partes que no están relacionadas con comidas en nuestro programa.....
 - Podemos reducir las tarifas que cobramos por nuestro programa.....
 - Otro.....
- (Especifique) _____

43. La siguiente es una lista de los posibles beneficios del CACFP. Clasifique los tres beneficios que usted considere como los más importantes con "1" para el más importante, "2" para el segundo más importante y "3" para el tercero más importante. *(Clasifique a 3)*

Clasificación

- El CACFP brinda comidas nutritivas a los niños |__|
- El CACFP me enseña a mí y a mi personal a planificar y preparar comidas nutritivas. |__|
- El CACFP alimenta a niños que de otra manera tendrían acceso limitado a comidas nutritivas |__|
- El CACFP ayuda a que los niños desarrollen hábitos alimenticios saludables.....|__|
- El CACFP le ayuda a los padres a aprender acerca de la importancia de comer saludable |__|
- El CACFP ayuda a que los programas de cuidado de niños sigan funcionando.....|__|
- El CACFP juega un papel importante en la red de seguridad social para niños y familias |__|

44. En general, ¿cómo calificaría el nivel de molestia que tiene su guardería Head Start/Early Head Start para cumplir con los requisitos del CACFP? Piense en las molestias como la cantidad de tiempo y el esfuerzo que le tomó para cumplir con los requisitos.

- Muy poca molestia..... }

Poca molestia..... **VAYA A LA PREGUNTA 45**

Ni mucha ni poca.....

Mucha molestia.....

Demasiada molestia.....

44a. ¿Qué aspectos de los requisitos del CACFP le resultan problemáticos a su guardería Head Start/Early Head Start?

Sugerencias para mejorar el CACFP

45. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar el programa de apoyo y supervisión brindado por su organización patrocinadora del CACFP?

Sí.....

No..... → **VAYA A LA PREGUNTA 46**

45a. ¿Cuáles de las siguientes sugerencias podría dar para mejorar el programa de apoyo y supervisión brindado por su organización patrocinadora del CACFP? (Marque todo lo que corresponda)

- Ofrecer comentarios útiles durante las visitas de supervisión.....
- Brindar comentarios oportunos sobre los resultados de las visitas de supervisión
- Brindar información más clara acerca de los pasos que tengo que seguir después de las visitas de supervisión.....
- Brindar información más clara acerca de lo que significa una deficiencia grave.....
- Brindar información más clara acerca del proceso de apelación para deficiencias graves
- Brindar mejor capacitación sobre las reglas y responsabilidades del CACFP.....
- Procesar las reclamaciones de reembolsos de manera oportuna.....
- Enfocar las visitas de supervisión en la enseñanza y no únicamente en el cumplimiento.....
- Hacer que las visitas de supervisión invadan menos la privacidad.....
- Otro.....
- (Especifique) _____

46. Con base en su experiencia, ¿cree que hay otras áreas del CACFP que se necesitan mejorar?

- Sí.....
- No..... → ¡Gracias!

46a. ¿Qué sugerencias podría dar para mejorar el CACFP?

Gracias por completar el cuestionario. Devuélvalo en el sobre adjunto con franqueo pagado a:

CACFP Sponsor and Provider Study
Westat
1600 Research Blvd.
Rm. _____
Rockville, MD 20850

