

**National Household Education Surveys Program (NHES) 2019  
Early Childhood Cognitive Interviews - Revised**

**Attachment 3 – Instruments**

**OMB# 1850-0803 v.215**

**November 2017**

**Table of Contents**

Early Childhood Program Participation (ECPP) Questionnaire – English .....	2
ECPP – Spanish .....	34

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

Part of the 2016 National Household Education Survey



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

Administered by

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



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

**NHES-ECPP**  
(05/26/2017)

---

---

## Instructions

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

Please answer all the survey questions thinking about this child.

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

---

---

This study is conducted by the National Center for Education Statistics (NCES), within the U.S. Department of Education, as authorized by the Education Sciences Reform Act of 2002 (ESRA 2002, 20 U.S.C. §9543). The U.S. Census Bureau is administering this survey on behalf of NCES. You do not have to provide the information requested. However, the information you provide will help the Department of Education's ongoing efforts to learn more about the educational experiences of children and families. There are no penalties should you choose not to participate in this study. All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151). Your responses will be combined with those from other participants to produce summary statistics and reports.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this voluntary survey is 1850-0768. The time required to complete this survey is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, gather the data needed, and complete and review the survey. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate, suggestions for improving this survey, or any comments or concerns regarding the status of your individual submission of this survey, please write to: Sarah Grady, National Household Education Survey (NHES), National Center for Education Statistics, Potomac Center Plaza, 550 12th St, SW #4010, Washington, DC 20202. Do not return the completed form to this address. You may send email to [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). If you have any questions about the study, contact the Census Bureau toll-free at 1-888-840-8353.

# Childhood Care and Programs

- ▶ Thank you for your help with the previous survey your household completed.
- ▶ Answer all the survey questions thinking about the child listed below:
- ▶ Care Your Child Receives from Relatives

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

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

Yes

No

→ GO TO question 21

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

Yes

→ GO TO question 3

No

→ GO TO question 21

3. These next questions are about the care that this child receives from the relative who provides the most care.

How is that relative related to this child?

Mark  ONE only.

Grandmother/Grandfather

Aunt/Uncle

Brother/Sister

Another relative

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

age

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

Own home

→ GO TO question 8

Other home

Both

6. How long does it take to go from your home to this relative's home?

Less than 10 minutes

About 10 to 20 minutes

About 20 to 30 minutes

About 30 minutes to 1 hour

More than 1 hour

7. About how far is this relative's home from your home?

- Less than 1 mile
- Between 1 and 2 miles
- Between 2 and 4 miles
- Between 4 and 10 miles
- Over 10 miles

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

days each week

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

hours each week

10. How well does this relative care arrangement cover the hours of care needed for...

a. Work hours?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well
- Not applicable

b. Time to run errands?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

c. Free time?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

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

years  months

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

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

13. Will this relative care for this child when he or she is...

Mark  ONE box for each item below.

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

14. How many other children does this relative care for while caring for this child?

- None
- 1-2
- 3-5
- 6 or more

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

- Yes
- No



GO TO question 19

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

Mark  ONE box for each item below.

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

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

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

\$  .00



Is that amount per...

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

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

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

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

Yes

No

→ GO TO question 21

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

hours each week

▶ Care Your Child Receives from Non-relatives

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

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

Yes

No

→ GO TO question 43

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

Yes

→ GO TO question 3

No

→ GO TO question 43

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

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

Own home

→ GO TO question 26

Other home

Both

24. How long does it take to go from your home to this care provider's home?

- Less than 10 minutes
- About 10 to 20 minutes
- About 20 to 30 minutes
- About 30 minutes to 1 hour
- More than 1 hour

25. About how far is this care provider's home from your home?

- Less than 1 mile
- Between 1 and 2 miles
- Between 2 and 4 miles
- Between 4 and 10 miles
- Over 10 miles

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

- Yes
- No

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

days each week

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

hours each week

29. How well does this nonrelative care arrangement cover the hours of care needed for...

a. Work hours?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well
- Not applicable

b. Time to run errands?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

c. Free time?

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

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

years  months

31. Was this care provider someone you already knew?

- Yes
- No



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

- Yes
- No

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

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

34. Will this care provider care for this child when he or she is...

Mark  ONE box for each item below.

Yes No

- a. sick but does not have a fever? . .
- b. sick and has a fever? . . . . .

35. How many other children does this provider care for while caring for this child?

- None
- 1-2
- 3-5
- 6 or more

36. Would you recommend this care provider to another parent?

- Yes
- No

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

- Yes
- No

→ GO TO question 41

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

Mark  ONE box for each item below.

- a. A relative of this child outside your household who provides money **Yes No**  
specifically for that care, not including general child support . . . .
- b. Your state welfare or family assistance program (this may be called Temporary Assistance for Needy Families [TANF], or something else) . . . . .
- c. Another social service, welfare, child care, or other kind of agency . . . .
- d. An employer, not including a tax-free spending account for child care . . .
- e. Someone else . . . . .

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

\$           .00

Is that amount per...

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

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

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

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

- Yes
- No

→ **GO TO question 43**

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

hours each week

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

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

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

- Yes
- No → **GO TO question 65**

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

- Yes
- No → **GO TO question 65**

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

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

- Day care
- Preschool
- Prekindergarten

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

Mark  **ONE** only.

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

**47. Does this program teach religious content to the children?**

- Yes
- No

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

- Yes
- No

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

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

- Yes
- No
- Don't know

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

days each week

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

hours each week

**52. How well does this program cover the hours of care needed for...**

**a. Work hours?**

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well
- Not applicable

**b. Time to run errands?**

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

**c. Free time?**

- Not well
- Somewhat well
- Well
- Extremely well

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

years  months

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

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

**55. How long does it take to go from your home to this program?**

- Less than 10 minutes
- About 10 to 20 minutes
- About 20 to 30 minutes
- About 30 minutes to 1 hour
- More than 1 hour

**56. About how far is this program from your home?**

- Less than 1 mile
- Between 1 and 5 miles
- Between 6 and 10 miles
- Over 10 miles

57. Would you recommend this program to another parent?

- Yes
- No

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

Mark  ONE box for each item below.

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

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

- Yes
- No



→ **GO TO question 63**

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

Mark  ONE box for each item below.

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

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

\$  .00

Is that amount per...

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

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

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

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

- Yes
- No



GO TO question 65

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

hours each week

## Finding and Choosing Care for Your Child

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

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

- Yes
- No
- Don't know

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

Mark  ONE only.

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

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

- Yes
- No
- Don't know

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


- Have not tried to find care → **GO TO question 75**
- No difficulty → **GO TO question 70**
- A little difficulty
- Some difficulty
- A lot of difficulty
- Did not find the child care program you wanted


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

Mark  ONE only.

- Cost/affordability
- Hours/reliability
- Location
- Quality of care
- No spaces available/lack of open slots
- Needed a program for children with special needs
- Other

70. What information did you get about providers when you were searching for care?

 Mark X all that apply.

- Location
- Cost
- Hours of care
- Qualifications of the staff
- Activities of children in care
- Religious orientation
- Other - Specify: 

71. Did you visit a website that offers information about multiple early childhood care providers and features of the care they provide?

- Yes
- No

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

a. The location of the arrangement

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

**b. The cost of the arrangement**

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

**c. The reliability of the arrangement**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**h. Ratings on a website**

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

**i. Recommendations from friends and family**

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

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

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



73. What were the reasons that you chose the care arrangement where this child spends the most time?

Mark  ONE box for each item below.

- |   | Yes<br>▼                 | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. No other choices of child care providers . . . . .         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cost/affordability . . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hours/reliability . . . . .                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Location . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Quality of care . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. No spaces available/lack of open slots . . . . .           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Unable to also enroll sibling . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Needed a program for children with special needs . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Age requirements . . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Language spoken at program . . . . .                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Other . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

74. Of the reasons that you chose the care arrangement where this child spends the most time, what was the most important reason?

*i* Write the letter from question 73 for the most important reason you chose to homeschool your child.

 letter from question 73

## Family Activities

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

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

 number of books

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

Not at all

→ **GO TO question 78**

 times

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

 minutes

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

a. Told this child a story (do not include reading to him or her.)

Not at all

1 or 2 times

3 or more times

## Your Child's Early Learning

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

- Not at all
- 1 or 2 times
- 3 or more times

### c. Sang songs with this child

- Not at all
- 1 or 2 times
- 3 or more times

### d. Worked on arts and crafts with this child

- Not at all
- 1 or 2 times
- 3 or more times

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

days

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

- Yes
- No

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

- Yes
- No

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

### 82. Is this child under 2 years old or is he or she 2 years old or older?

- Under 2 years → **GO TO question 90**
- 2 years or older

### 83. Can this child correctly recognize the letters of the alphabet?

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

### 84. Can this child write his or her first name, even if some of the letters are backwards?

- Yes
- No

### 85. Can this child recognize the beginning sound of a word? For example, can this child tell you that the word "ball" starts with the "buh" sound?

- Yes
- No

### 86. Can this child rhyme words?

- Yes
- No

## Child's Health

87. How often can this child explain things he or she has seen or done so that you get a very good idea what happened?

- Always
- Usually
- About half the time
- Sometimes
- Never

88. How high can this child count?

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

89. Can this child identify basic shapes such as a triangle, rectangle, circle, or square?

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

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

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

91. [If this child has a care arrangement], has this child's care provider referred this child to be screened for any of the following?

Mark  ONE box for each item below.

- |   | Yes<br>▼                 | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Hearing, speech, or vision . . . . .             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Physical examinations . . . . .                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Dental examinations . . . . .                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. For developmental or learning problems . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Other . . . . .                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**92. Has a health professional told you that this child has any of the following conditions?**

Mark  ONE box for each item below.

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

**93. Did you mark yes to any condition in question 92?**

- Yes  
 No

→ **GO TO question 99**

**94. Is this child receiving any services through an Individualized Family Service Plan (IFSP), Individualized Education Program (IEP), or services plan?**

- Yes  
 No

→ **GO TO question 95**

→ **GO TO question 99**

**95. Thinking about the child's IFSP, IEP or services plan, how satisfied are you with the service provider's or school's communication with your family?**

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

**96. Is this child currently enrolled in any special education classes or early intervention services?**

- Yes  
 No

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

Mark  ONE box for each item below.

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

**98. If your child goes to a care arrangement outside of your home, does this child's condition interfere with his/her ability to attend child care?**

- Yes  
 No  
 This child is not in care outside of the home

# Child's Background

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

month

year

100. Where was this child born?

- One of the 50 United States or the District of Columbia → **GO TO question 102**
- One of the U.S. territories (*Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands*)
- Another country

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

age

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

- No, not of Hispanic, Latino or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin

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

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

104. What is this child's sex?

- Male
- Female

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

- Yes
- No → **GO TO question 107**

106. If yes, does this child...

- spend most time at this address?
- spend most time at another address?
- spend equal time at both addresses?

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

Mark  ONE only.

- This child has not started to speak } **GO TO question 109**
- English
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

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

Yes

No

## Household Members

109. How many people live in this household?

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

people

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

**Do not include this child in your answer.**

**Example:**

a. Brother(s) .....

**Enter '0' if none.**

a. Brother(s) .....

b. Sister(s) .....

c. Mother (birth, adoptive, step, or foster) .....

d. Father (birth, adoptive, step, or foster) . . .

e. Aunt(s) .....

f. Uncle(s) .....

g. Grandmother(s) .....

h. Grandfather(s) .....

i. Cousin(s) .....

j. Parent's girlfriend/boyfriend/partner . . . .

k. Other relative(s) .....

l. Other non-relative(s) .....

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

Mark  ONE only.

Mother (birth, adoptive, step, or foster)

Father (birth, adoptive, step, or foster)


Aunt

Uncle

Grandmother

Grandfather

Parent's girlfriend/boyfriend/partner

Other relationship - Specify: 


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

English

Spanish or Spanish Creole

French (including Patois, Creole, Cajun)

Chinese

Other languages - Specify: 

# Child's Family

## PARENT 1 LIVING IN HOUSEHOLD

**i** Answer questions 113 to 129 about yourself if you are the child's parent or guardian.

If you are not the child's parent or guardian, answer questions 113 to 129 about one of this child's parents or guardians living in the household.

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

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

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

- Male
- Female

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

Mark  ONE only.

- Now married → **GO TO question 117**
- Widowed
- Divorced
- Separated
- Never married

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

- Yes
- No

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

Mark  ONE only.

- English → **GO TO question 119**
- Spanish
- A language other than English or Spanish
- English and Spanish equally
- English and another language equally

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

Mark  ONE only.

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

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

- One of the 50 United States or the District of Columbia → **GO TO question 121**
- One of the U.S. territories (*Puerto Rico, Guam, American Samoa, U.S. Virgin Islands, or Mariana Islands*)
- Another country



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

age

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

- No, not of Hispanic, Latino or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin

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

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

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

Mark  ONE only.

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

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

- Yes
- No

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

Mark  ONE only.

Employed for pay or income

Self-employed

Unemployed or out of work → **GO TO question 127**

Full-time student

Stay at home parent

Retired

Disabled or unable to work

**GO TO question 128**

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

→ **GO TO question 128**  
hours

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

Yes

No

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


months

129. How old is this person?

age

# Child's Family

## PARENT 2 LIVING IN HOUSEHOLD

 Answer questions 130 to 147 about a second parent or guardian living in the household.

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

Yes

No

→ **GO TO question 148**

**131. Is this person this child's...**

Biological parent

Adoptive parent

Stepparent

Foster parent

Grandparent

Other guardian

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

Male

Female

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

Mark  ONE only.

Now married

→ **GO TO question 135**

Widowed

Divorced

Separated

Never married

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

Yes

No

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

Mark  ONE only.

English

→ **GO TO question 137**

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

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

Mark  ONE only.

English

Spanish

A language other than English or Spanish

English and Spanish equally

English and another language equally

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

One of the 50

United States or the District of Columbia

→ **GO TO question 139**

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

Another country

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

age

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

- No, not of Hispanic, Latino or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino, or Spanish origin

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

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

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

Mark  ONE only.

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

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

- Yes
- No

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

Mark  ONE only.

Employed for pay or income

Self-employed

Unemployed or out of work → **GO TO question 145**

Full-time student

Stay at home parent

Retired } **GO TO question 146**

Disabled or unable to work

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

→ **GO TO question 146**  
hours

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

Yes

No

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

months

147. How old is this person?

age

# Your Household

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

Mark  ONE box for each item below.

- |   | Yes<br>▼                 | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Your state welfare or family assistance program (this may be called Temporary Assistance for Needy Families [TANF], or something else) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Your state welfare or family assistance program . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Women, Infants, and Children, or WIC . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. SNAP benefits, also known as Food Stamps . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Housing assistance through a voucher or Section 8 . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

149. Which category best fits the total income of all persons in your household over the past 12 months? Include your own income. Include money from jobs or other earnings, pensions, interest, rent, Social Security payments, and so on.

*i* Include your own income.

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

- \$0 to \$10,000
- \$10,001 to \$20,000
- \$20,001 to \$30,000
- \$30,001 to \$40,000
- \$40,001 to \$50,000
- \$50,001 to \$60,000
- \$60,001 to \$75,000
- \$75,001 to \$100,000
- \$100,001 to \$150,000
- \$150,001 to \$200,000
- \$200,001 to \$250,000
- \$250,001 or more

150. Is this house...

Mark  ONE only.

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

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

Yes

No

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

Yes

No

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

Every day

A few times a week

A few times a month

A few times a year

Never

**Thank you**

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

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



## Commonly Asked Questions

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

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

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

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

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

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

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

A: Your responses will be combined with those of others to produce statistical summaries and reports. Your individual data will not be reported. All of the information you provide may be used only for statistical purposes and may not be disclosed, or used, in identifiable form for any other purpose except as required by law (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151).

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

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

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

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

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

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

# El futuro de nuestros niños(as): encuesta sobre el cuidado y la educación de los niños(as) pequeños

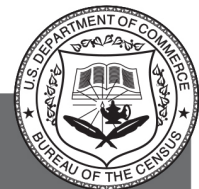
Parte de la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación 2016



Gracias por su colaboración con esta encuesta. De acuerdo con la información que recibimos de su hogar en su última encuesta, quisiéramos pedirle que complete esta última parte.

Realizada por

**DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE LOS ESTADOS UNIDOS**  
Administración de Economía y Estadística  
Oficina del Censo de los Estados Unidos



El Centro Nacional de Estadísticas Educativas (CNEE), parte del Departamento de Educación de los Estados Unidos, tiene la autoridad según La Acta de Reformas de Ciencias Educativas del 2002 para llevar al cabo este estudio (ESRA 2002, 20 USC §9543). El Departamento del Censo se administra esta encuesta por parte del CNEE.

**NHES-ECPP(S)**  
(05/26/2017)



---

---

## Instrucciones

- ◆ En respuesta a la encuesta que usted respondió anteriormente, anotamos que el niño(a) que se nombra a continuación no ha comenzado kindergarten todavía. Si este niño(a) asiste a una escuela pública o privada o recibe sus clases de kindergarten a 12° Grado (o su equivalente) en el hogar, por favor llámenos al número sin cargo 1-888-840-8353 para hacérselo saber.
- ◆ Estas preguntas las debe responder uno de los padres o tutores que sepa sobre:

Por favor responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en este niño(a).

- ◆ *Para responder a una pregunta, simplemente marque  la casilla que mejor represente su respuesta.*
- ◆ Por favor, si es posible, use una pluma o bolígrafo de tinta negra o azul para responder a esta encuesta.
- ◆ Por favor regrese esta encuesta en el sobre con franqueo prepago que le hemos proporcionado.

---

---

El Centro Nacional de Estadísticas Educativas (CNEE), parte del Departamento de Educación de los Estados Unidos, tiene la autoridad según La Acta de Reformas de Ciencias Educativas del 2002 para llevar al cabo este estudio (ESRA 2002, 20 USC §9543). El Departamento del Censo se administra esta encuesta por parte del CNEE. No tiene que proveer la información solicitada. Sin embargo, la información que provee ayudará los esfuerzos continuos del Departamento de Educación para aprender más acerca de las experiencias educativas de los niños y sus familias. No hay castigo si usted decide no participar en este estudio. Toda la información que provee se utilizará para razones estadísticas solamente y no puede ser revelada, o usada, en cualquier forma identificable para cualquier propósito e menos si es requerida por ley (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151). Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes estadísticas y reportes.

Según la Acta de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una colección de información a menos que muestra un número de control valido de OMB. El número de control valido de OMB para esta encuesta voluntaria es 1850-0768. El tiempo necesario para completar esta encuesta se estima que es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo que se necesita para revisar las instrucciones, acumular los datos necesarios, y completar y revisar la encuesta. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de este estimado de tiempo, sugerencias para mejorar esta encuesta, o algún comentario o preocupación del estado de su sumisión individual de esta encuesta, escriba por favor a: Sarah Grady, Encuesta Nacional de Educación en Casa, El Centro Nacional de Estadísticas Educativas (CNEE), 550 12th St, SW #4010, Washington, DC 20202. No devuelva le encuesta completada a esa dirección. Puede enviar un email a [NHES@census.gov](mailto:NHES@census.gov). Si tiene alguna pregunta acerca del estudio, contactese al Departamento del Censo a su línea toll-free al 1-888-840-8353.

# Cuidado Infantil y Programas para la Niñez

- ▶ Gracias por su colaboración con la encuesta anterior que su hogar contestó.
- ▶ Responda a todas las preguntas de la encuesta pensando en el niño(a) que se nombra a continuación:
- ▶ Cuidado que el Niño(a) Recibe por parte de Parientes

*Estas preguntas son acerca de los distintos tipos de cuidado infantil que este niño(a) podría recibir actualmente con regularidad, por parte de personas distintas a los padres o tutores legales.*

1. Actualmente, ¿cuida a este niño(a) con regularidad un pariente, distinto a uno de los padres o tutores legales? Por ejemplo, los abuelos, hermanos, hermanas u otro pariente.

Sí

No

→ GO TO question 21

2. ¿Se planifica con regularidad alguno de estos arreglos de cuidado infantil por lo menos una vez a la semana?

Sí

→ GO TO question 3

No

→ GO TO question 21

3. Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte del pariente que lo cuida la mayor parte del tiempo.

¿Cuál es la relación o el parentesco de ese pariente con este niño(a)?

Marque  UNO solo.

Abuela/Abuelo

Tía/Tío

Hermano/Hermana

Otro pariente

4. ¿Qué edad tiene el este pariente que cuida a este niño(a) la mayor parte del tiempo?

edad

5. ¿Cuida al niño(a) en su casa o en otra casa?

Mi propia casa

→ GO TO question 8

Otra casa

Ambas

6. ¿Cuánto tiempo le toma el viaje de su casa a la casa de este pariente?

Menos de 10 minutos

De 10 a 20 minutos

De 20 a 30 minutos

De 30 minutos a 1 hora

Más de una hora

7. ¿Qué tan lejos de su casa le queda la casa de este pariente, aproximadamente?

- Menos de 1 milla
- De 1 a 2 millas
- De 2 a 4 millas
- De 4 a 10 millas
- Más de 10 millas

8. ¿Cuántos días a la semana cuida este pariente a este niño(a)?

días a la semana

9. ¿Cuántas horas a la semana cuida este pariente a este niño(a)?

horas a la semana

10. ¿Qué tan bien cubre su pariente las horas que usted necesita para el cuidado de este niño (a) para...

a. Horas de trabajo?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien
- No me aplica

b. Hacer mandados?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

c. Tener tiempo libre?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

11. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó este arreglo habitual específico con este pariente?

años       meses

12. ¿Qué idioma habla este pariente la mayor parte del tiempo cuando cuida a este niño(a)?

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

13. ¿Cuida este pariente a este niño(a) si el niño(a) está...

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

	Sí	No
	▼	▼
a. enfermo pero no tiene fiebre? . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. enfermo y tiene fiebre? . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. ¿Mientras su pariente cuida a este niño (a), a cuántos otros niños cuida?

- Nadie más
- 1-2
- 3-5
- 6 o más

15. ¿Hay alguna tarifa o pago por el cuidado que este niño(a) recibe por parte de este pariente, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?

- Sí
- No



GO TO question 19

16. ¿Alguna de las siguientes personas, programas u organizaciones a pagarle a este pariente por el cuidado de este niño(a)?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |   | Sí<br>▼                  | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Un pariente de este niño(a) que no vive en su hogar y da el dinero para pagar <u>específicamente</u> ese cuidado, sin incluir manutención para niños(as) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado (puede ser Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o algo diferente) . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro servicio social, asistencia social, cuidado infantil, u otro tipo de agencia . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien más . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Cuánto paga su hogar a este pariente por el cuidado de este niño(a), sin incluir dinero que reciba de otras personas para ayudarlo a pagar el cuidado del niño(a)?

*Esciba '0' si su hogar no le paga a este pariente por el cuidado de este niño(a).*

\$           .00



¿Es esa cantidad por...

- Hora
- Día
- Semana
- Mes
- Año
- Quincena (cada 2 semanas)
- Otra - Especifique:

18. ¿Para cuántos de los niños(as) de su hogar, incluyendo a este niño(a), es esta cantidad?

- Sólo para este niño(a)
- 2 niños(as)
- 3 niños(as)
- 4 niños(as)
- 5 o más niños(as)

19. ¿Tiene este niño(a) algún otro arreglo de cuidado infantil con un pariente con regularidad?

- Sí
- No

→ GO TO question 21

20. ¿Cuántas horas a la semana en total pasa este niño(a) al cuidado de esos otros parientes?

horas a la semana

► **Cuidado que Su Hijo Recibe por parte de Personas que no son Parientes**

*i* Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte de personas que no son sus parientes, ya sea en su casa o en la casa de otra persona. Esto incluye a personas que cuidan niños(as) en sus casas o vecinos, pero no incluye guarderías ni programas preescolares.

Actualmente, ¿cuida a este niño(a), con regularidad, una persona que no es su pariente, ya sea en casa o en otra casa?

21.  Sí
- No

→ GO TO question 43

22. ¿Se planifica con regularidad alguno de estos arreglos de cuidado infantil por lo menos una vez a la semana?

- Sí
- No

→ GO TO question 3

→ GO TO question 43

23. Las siguientes preguntas son acerca del cuidado que este niño(a) recibe por parte de una persona que no es su pariente y que lo cuida la mayor parte del tiempo.

¿Cuida al niño(a) en su casa o en otra casa?

- Mi propia casa
- Otra casa
- Ambas

→ GO TO question 26

24. ¿Cuánto tiempo le toma el viaje de su casa a la casa de este pariente?

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- Más de una hora

25. ¿Qué tan lejos de su casa le queda la casa de este proveedor, aproximadamente?

- Menos de 1 milla
- De 1 a 2 millas
- De 2 a 4 millas
- De 4 a 10 millas
- Más de 10 millas

26. ¿Vive en el hogar de usted esta persona que cuida a este niño(a)?

- Sí
- No

27. ¿Cuántos días a la semana cuida esta persona a este niño(a)?

días a la semana

28. ¿Cuántas horas a la semana cuida esta persona a este niño(a)?

horas a la semana

29. ¿Qué tan bien cubre este proveedor las horas que usted necesita para el cuidado de este niño (a) para...

a. Horas de trabajo?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien
- No me aplica

b. Hacer mandados?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

c. Tener tiempo libre?

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

30. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó este arreglo habitual específico con esta persona?

años  meses

31. ¿Era esta persona que cuida niños(as) alguien a quien usted ya conocía?

- Sí
- No



32. ¿Es esta persona que cuida a este niño(a) mayor de 18 años?

- Sí
- No

33. ¿Qué idioma habla esta persona que cuida niños(as) la mayor parte del tiempo cuando cuida a este niño(a)?

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

34. ¿Cuida esta persona a este niño(a) si el niño(a) está...

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | ▼                        | ▼                        |
| a. enfermo pero no tiene fiebre? . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. enfermo y tiene fiebre? . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

35. ¿Mientras su proveedor cuida a este niño(a), a cuántos otros niños cuida?

- Nadie más
- 1-2
- 3-5
- 6 o más

36. ¿Le recomendaría esta persona a otros padres?

- Sí
- No

37. ¿Hay alguna tarifa o pago por el cuidado que este niño(a) recibe por parte de esta persona, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?

- Sí
- No


→ GO TO question 41

38. ¿Alguna de las siguientes personas, programas u organizaciones a pagarle a esta persona por el cuidado de este niño(a)?


Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | ▼                        | ▼                        |
| a. Un pariente de este niño(a) que no vive en su hogar y da el dinero para pagar <u>específicamente</u> ese cuidado, sin incluir manutención para niños(as) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado (puede ser Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o algo diferente) . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Otro servicio social, asistencia social, cuidado infantil, u otro tipo de agencia . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Alguien más . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. ¿Cuánto paga su hogar a esta persona por el cuidado de este niño(a), sin incluir dinero que reciba de otras personas para ayudarle a pagar el cuidado del niño(a)?

 \$  .00

¿Es esa cantidad por...

- Hora
- Día
- Semana
- Mes
- Año
- Quincena (cada 2 semanas)
- Otra - Especifique: 

40. ¿Para cuántos de los niños(as) de su hogar, incluyendo a este niño(a), es esta cantidad?

- Sólo para este niño(a)
- 2 niños(as)
- 3 niños(as)
- 4 niños(as)
- 5 o más niños(as)

41. ¿Alguna otra persona que no es pariente cuida a este niño(a) con regularidad? No incluya el cuidado en guarderías o programas preescolares.

-   Sí  
 No

→ **GO TO question 43**

42. ¿Cuántas horas en total a la semana pasa este niño(a) al cuidado de esas otras personas que no son parientes?

horas a la semana

► **Guarderías y Programas Preescolares a los que su Niño(a) Asiste**

**i** Las siguientes preguntas son acerca de las guarderías y los programas de educación temprana a los que este niño(a) asiste. Esto no incluye el cuidado que el niño(a) recibe en una casa.

Actualmente, ¿asiste este niño(a) a una guardería, a un programa preescolar o a un prekindergarten, que no sea una casa?

43.  Sí  
 No → **GO TO question 65**

44. ¿Va este niño(a) a una guardería, a un programa preescolar o a un prekindergarten por lo menos una vez a la semana?

- Sí  
 No → **GO TO question 65**

45. Las siguientes preguntas son acerca del programa en el que este niño(a) pasa la mayor parte del tiempo.

¿Es el programa actual de este niño(a) un programa de guardería, preescolar o de prekindergarten?

- Guardería  
 Preescolar  
 Prekindergarten

46. ¿Dónde queda este programa?

Marque  UNO solo.

- En una iglesia, sinagoga o en otro lugar de culto religioso  
 En una escuela primaria o secundaria pública  
 En una escuela primaria o secundaria privada  
 En una universidad  
 En un centro comunitario  
 En una biblioteca pública  
 Tiene su propio edificio, oficina o local  
 Algún otro lugar - Especifique: ↴

47. ¿Este programa enseña contenido religioso a los niños?

- Sí  
 No

48. ¿Está este programa en su lugar de trabajo o en el lugar de trabajo del otro padre de este niño(a)?

- Sí  
 No

**49. ¿Es este tipo de programa de Head Start o de Early Head Start?**

*Los programas de Head Start y de Early Head Start son programas preescolares patrocinados por el gobierno federal y orientados principalmente a niños(as) de familias de bajos recursos económicos.*

- Sí
- No
- No lo sé

**50. ¿Cuántos días a la semana asiste este niño(a) a este programa?**

días a la semana

**51. ¿Cuántas horas a la semana asiste este niño(a) a este programa?**

horas a la semana

**52. ¿Qué tan bien cubre este programa las horas que usted necesita para...**

**a. Horas de trabajo?**

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien
- No me aplica

**b. Hacer mandados?**

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

**c. Tener tiempo libre?**

- No bien
- Algo bien
- Bien
- Muy bien

**53. ¿Qué edad tenía este niño(a), en años y meses, cuando comenzó a asistir a este programa específicamente?**

años     meses

**54. ¿Qué idioma habla la mayor parte del tiempo el maestro o la persona a cargo de este niño(a) en este programa cuando cuida al niño(a)?**

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

**55. ¿Cuánto tiempo le toma el viaje de su casa a este programa?**

- Menos de 10 minutos
- De 10 a 20 minutos
- De 20 a 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- Más de una hora

56. ¿Qué tan lejos de su hogar le queda este programa, aproximadamente?

- Menos de 1 milla
- De 1 a 5 millas
- De 6 a 10 millas
- Más de 10 millas

57. ¿Le recomendaría este programa a otros padres?

- Sí
- No

58. ¿Ofrece este programa alguno de los siguientes servicios a este niño(a) o a su familia?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

	Sí ▼	No ▼	No lo sé ▼
a. Evaluaciones auditivas, del habla o de la vista . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Exámenes físicos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Exámenes dentales . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Evaluaciones formales para detectar problemas de desarrollo o de aprendizaje . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cuidado infantil cuando el niño(a) está enfermo pero no tiene fiebre . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cuidado infantil cuando el niño(a) está enfermo y tiene fiebre . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Administración de medicamentos . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. ¿Hay alguna tarifa o pago por este programa, ya sea que lo pague usted u otra persona o agencia?

- Sí
- No

→ **GO TO question 63**

60. ¿Alguna de las las siguientes personas, programas u organizaciones a pagar para que este niño(a) vaya a este programa?


Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- a. Un pariente de este niño que no vive en su hogar y da el dinero para pagar específicamente ese cuidado, sin incluir manutención para niños(as) . . . . . Sí  No
- b. Programa de asistencia social o familiar de su estado (puede ser Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o algo diferente) . . . . . Sí  No
- c. Otro servicio social, asistencia social, cuidado infantil, u otro tipo de agencia . . . . . Sí  No
- d. Un empleador, sin incluir cuentas especiales para pagos de cuidado infantil, libres de impuestos . . . . . Sí  No
- e. Alguien más . . . . . Sí  No



## Buscar y Seleccionar Cuidado Infantil para su Niño(a)

65. ¿Ha asistido este niño(a) alguna vez a un programa de Head Start o de Early Head Start?

 *Los programas de Head Start y de Early Head Start son programas preescolares patrocinados por el gobierno federal y orientados principalmente a niños(as) de familias de bajos recursos económicos.*

- Sí
- No
- No lo sé

66. ¿Cuál es la razón principal por la que su hogar quería un programa de cuidado infantil para este niño(a) el año pasado?

Marque  UNO solo.

- Para tener cuidado infantil cuando la madre o el padre estaban trabajando o estudiando
- Para preparar al niño(a) para la escuela
- Para tener aprendizaje cultural o aprender el idioma
- Para tener tiempo de hacer diligencias o relajarse
- Por alguna otra razón
- No tuvo cuidado infantil el año pasado

67. ¿Cree usted que hay buenas opciones de cuidado infantil o programas de educación temprana en el área donde usted vive?

- Sí
- No
- No lo sé

68. ¿Cuánta dificultad tuvo para encontrar el tipo de cuidado infantil o programa de educación temprana que usted quería para este niño(a)?


- No ha intentado buscar cuidado infantil → **GO TO question 75**
- Ninguna dificultad → **GO TO question 70**
- Muy poca dificultad
- Algo de dificultad
- Mucha dificultad
- No encontró el programa de cuidado infantil que usted quería


69. ¿Cuál fue la dificultad principal que enfrentó para encontrar un programa de cuidado infantil o programa de educación temprana?

Marque  UNO solo.

- Costo/habilidad de pagar
- Horario/confiabilidad
- Ubicación
- Calidad del cuidado
- No hay espacios disponibles/falta de vacancias
- Necesitaba un programa para niños con necesidades especiales
- Otra razón

70. ¿Qué información obtuvo sobre los proveedores cuando estaba buscando cuidado infantil?

 Marque todos los que se apliquen

- Ubicación
- Costo
- Horario del cuidado
- Cualificaciones del personal
- Actividades de los niños en el cuidado infantil
- Orientación religiosa
- Otra - Especifique: 

71. ¿Visitó un sitio web que ofrece información sobre varios proveedores de cuidado infantil y las características del cuidado que proporcionan?

- Sí
- No

72. ¿Qué tan importante fue cada una de estas razones cuando usted seleccionó el cuidado infantil o el programa en el que este niño(a) pasa la mayor parte del tiempo?

a. ¿La ubicación del lugar?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

b. ¿El costo del lugar?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

c. ¿La confiabilidad del lugar?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

d. ¿Las actividades de aprendizaje del lugar?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante



e. ¿Que este niño(a) pase tiempo con otros niños(as) de su misma edad?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

f. ¿El horario durante el día en que ofrece cuidado infantil en este lugar?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

g. ¿La cantidad de niños(as) en el grupo de cuidado en que está su niño(a)?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

h. ¿Ranking/clasificación en una página de internet?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

i. ¿Recomendaciones de amigos o familia?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

j. ¿La orientación religiosa del programa?

- No es importante
- Muy poco importante
- Algo importante
- Muy importante

73. ¿Cuáles fueron las razones por las cuales usted eligió el cuidado infantil donde su niño (a) pasa la mayoría de su tiempo?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

	Sí ▼	No ▼
a. No había otras opciones de proveedor de cuidado infantil . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Costo/habilidad de pagar . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Horario/confiabilidad . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ubicación . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Calidad del cuidado . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. No hay espacios disponibles/falta de vacaciones . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. No pude inscribir al hermano(a) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Necesitaba un programa para niños con necesidades especiales . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Requisitos de edad . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Idioma que se habla en el programa . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Otra razón . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. De todas la razones por la cual usted eligió el cuidado infantil donde su niño (a) pasa la mayoría de su tiempo, ¿cuál diría que es la razón más importante?

*i* Escriba una de las letras en la pregunta 73, indicando la razón más importante por la que eligió su proveedor de cuidado infantil actual.

letra de la pregunta 73

## Actividades en Familia

*i* Las siguientes preguntas son acerca de las actividades que hizo este niño(a) con familiares en la semana o el mes pasado.

¿Más o menos cuántos libros tiene este niño(a), que sean de este niño(a), incluyendo los que comparte con los hermanos?

75.

número de libros

76. ¿Cuántas veces le leyó usted o alguien de su familia a este niño(a) la semana pasada?

Ninguna vez



GO TO question 78

veces

77. ¿Más o menos cuántos minutos en cada uno de esos días le leyó usted o alguien de su familia a este niño(a)?

minutos

78. Durante la semana pasada, ¿cuántas veces ha hecho alguien de su familia alguna de las siguientes actividades con este niño(a)?

a. ¿Contarle un cuento a este niño(a)? (No incluya leerle a este niño(a).)

Ninguna vez

1 ó 2 veces

3 o más veces

## Cosas que su Niño(a) Podría estar Aprendiendo

*i* Las siguientes preguntas son acerca de cosas que distintos niños(as) hacen a distintas edades. Estas cosas pueden o no ser ciertas para este niño(a).

b. ¿Enseñarle a este niño(a) letras, palabras o números?

- Ninguna vez
- 1 ó 2 veces
- 3 o más veces

c. ¿Cantar canciones con este niño(a)?

- Ninguna vez
- 1 ó 2 veces
- 3 o más veces

d. ¿Hacer trabajos de artes y manualidades con este niño(a)?

- Ninguna vez
- 1 ó 2 veces
- 3 o más veces

79. En la semana pasada, ¿cuántos días cenó la familia junta?

días

80. Durante el mes pasado, ¿ha ido usted o alguien de su familia a la biblioteca con este niño(a)?

- Sí
- No

81. Durante el mes pasado, ¿ha ido usted o alguien de su familia a una librería con este niño(a)?

- Sí
- No

82. ¿Es este niño(a) menor de 2 años o tiene 2 años o más?

Menor de 2 años



GO TO question 90

2 años o más

83. ¿Puede este niño(a) reconocer correctamente las letras del alfabeto?

- No
- Sí, algunas
- Sí, la mayoría
- Sí, todas

84. ¿Puede este niño(a) escribir su nombre, incluso si escribe algunas letras al revés?

- Sí
- No

85. ¿Puede este niño reconocer el sonido inicial de una palabra? Por ejemplo, ¿Puede este niño(a) contarle que la palabra “pelota” empieza con el sonido “pe”?

- Sí
- No

## Salud del Niño(a)

86. ¿Puede este niño (a) rimar palabras?

- Sí  
 No

87. ¿Con qué frecuencia puede este niño(a) explicar las cosas que ha visto o hecho para que usted tenga una muy buena idea de lo que sucedió?

- Siempre  
 Normalmente  
 La mitad del tiempo  
 A veces  
 Nunca

88. ¿Hasta cuánto puede contar este niño(a)?

- Este Niño(A) no puede contar  
 Hasta 5  
 Hasta 10  
 Hasta 20  
 Hasta 50  
 Hasta 100 o más

89. ¿Puede este niño(a) identificar formas básicas como un triángulo, rectángulo, círculo, o cuadrado?

- No  
 Sí, la mayoría  
 Sí, algunos  
 Sí, todos

90. En general, ¿cómo describiría la salud de este niño(a)?

- Excelente  
 Muy buena  
 Buena  
 Regular  
 Mala

91. Si este niño tiene un cuidado infantil, ¿El proveedor de cuidado de este niño le ha referido a este niño para ser examinado para cualquiera de los siguientes?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |   | Sí<br>▼                  | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. El oído, el habla, o la vista . . . . .              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Examen físico . . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Examen dental . . . . .                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Para problemas de desarrollo o aprendizaje . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Otro . . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

92. ¿Le ha dicho un profesional de salud que este niño(a) tiene alguna de las siguientes condiciones de salud?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |  | Sí<br>▼                  | No<br>▼                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Una discapacidad intelectual, conocido antes como retraso mental . . . . .      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un impedimento del habla o del lenguaje . . . . .                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Un trastorno emocional grave . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sordera u otro impedimento del oído . . . . .                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ceguera u otro impedimento de la vista que no se corrige con anteojos . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Un impedimento ortopédico . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Autismo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Trastorno generalizado del desarrollo (PPD, en inglés) . . . . .                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Trastorno de deficiencia de atención (ADD o ADHD, en inglés) . . . . .          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Una discapacidad específica de aprendizaje . . . . .                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Un retraso del desarrollo . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lesión traumática en el cerebro . . . . .                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Otro impedimento de la salud que dure 6 meses o más . . . . .                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

93. ¿Contestó sí a alguno de los problemas en la pregunta 92?

- Sí → **GO TO question 94**
- No → **GO TO question 99**

94. ¿Está este niño(a) recibiendo servicios de un Plan de Servicio Familiar Individualizado (FSP), Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan de servicios?

- Sí
- No → **GO TO question 99**

95. Pensando en el IFSP, IEP o plan de servicios del niño(a), ¿Que satisfecho está con la comunicación del proveedor de servicios, o la escuela, con su familia?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No corresponde

96. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a alguna clase o servicios de educación especial o alguna intervención temprana?

- Sí
- No

97. ¿El problema de salud de este niño(a) afecta su capacidad para hacer algunas de las siguientes cosas?

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |   | Sí<br>▼                  | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Aprender . . . . .                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Participar en juegos con otros niños(as) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Asistir a los paseos . . . . .                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Hacer amigos . . . . .                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

98. Si su niño(a) está inscrito en cuidado infantil fuera de su hogar, ¿interfiere la condición de este niño con su capacidad para asistir al cuidado infantil?

- Sí
- No
- Este niño no está en cuidado fuera de la casa

## Historia del Niño(a)

99. ¿En qué mes y año nació este niño(a)?

mes	año

100. ¿Dónde nació este niño(a)?

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia → **GO TO question 102**
- Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)
- Otro país

101. ¿Qué edad tenía este niño(a) cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

102. ¿Es este niño(a) de origen hispano, latino o español?

- No, no de origen Hispano, Latino or Español
- Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano
- Sí, Puertorriqueño
- Sí, Cubano
- Sí, de otro origen Hispano, Latino, or Español

103. ¿Cuál es la raza de este niño(a)? Puede marcar una o más razas.

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

104. ¿De qué sexo es este niño(a)?

- Masculino
- Femenino

105. ¿Este Niño(A) vive en este domicilio y en otro domicilio (por ejemplo, como resultado del acuerdo de custodia)?

- Sí
  - No
- **GO TO question 107**

106. Si es así, este niño(a)...

- ¿Pasa la mayor parte del tiempo en este domicilio?
- ¿Pasa la mayor parte del tiempo en otro domicilio?
- ¿Pasa el mismo tiempo en ambos domicilios?

107. ¿Qué idioma habla este niño(a) principalmente en el hogar?

Marque  UNO solo.

- El niño(a) no ha comenzado a hablar
- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

**GO TO question 109**

108. Actualmente, ¿asiste este niño(a) a clases de inglés como segundo idioma, educación bilingüe o a un programa de inmersión al inglés?

- Sí
- No

## Los Miembros de su Familia

109. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

*i* Incluya a los adultos y niños que se encuentren temporalmente fuera del hogar (por ejemplo, aquellos que vivan en las residencias universitarias) si no tienen otro domicilio permanente.

personas

110. ¿Cuántas de las siguientes personas viven en el hogar con este niño(a)?

*No incluya a este niño en su respuesta*

**Ejemplo:**

a. Hermano(s) . . . . .

2

**Introduzca '0' si ninguna vez.**

a. Hermano(s) . . . . .

b. Hermana(s) . . . . .

c. Madre (biológica, adoptiva, madrastra o de crianza temporal (Foster)) . . . . .

d. Padre (biológica, adoptiva, madrastra o de crianza temporal (Foster)) . . . . .

e. Tía(s) . . . . .

f. Tío(s) . . . . .

g. Abuela(s) . . . . .

h. Abuelo(s) . . . . .

i. Primo(s) . . . . .

j. Novia/Novio o pareja de alguno de los padres . . . . .


k. Otro(s) familiar(es) . . . . .

l. Otra(s) persona(s) que no es familiar . . . . .




**111. ¿Cuál es su relación o parentesco con este niño(a)?**

Marque  UNO solo.

- Madre (biológica, adoptiva, madrastra o de crianza temporal (Foster))
- Padre (biológico, adoptivo, padrastro o de crianza temporal (Foster))
- Tía
- Tío
- Abuela
- Abuelo
- Novia/Novio o pareja de alguno de los padres
- Otra relación o parentesco  
- Especifique: 

**112. ¿Qué idioma(s) hablan en casa los adultos de este hogar?**

- Inglés
- Español o creole (criollo) español
- Francés (incluyendo patuá, creole, cajún)
- Chino
- Otros idiomas - Especifique: 

## La Familia del Niño(a)

### UNO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR

***i** Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de este niño(a), conteste las preguntas 113 a 129 con sus datos personales.*

*Si usted no es el padre, la madre ni el tutor legal de este niño(a), responda las preguntas 113 a 129 con los datos de uno de los padres o tutores legales de este niño(a) que viva en este hogar.*

**113. Este padre o guardián es... del niño(a)**

- El padre (o madre) biológico
- El padre (o madre) adoptivo
- El padrastro o madrastra
- El padre (o madre) de crianza temporal (Foster)
- El abuelo o abuela
- Otro tutor legal

**114. ¿Esta persona de sexo masculino o femenino?**

- Masculino
- Femenino

**115. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?**

Marque  UNO solo.

- Casado(a) actualmente
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

**GO TO question 117**

116. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- Sí  
 No

117. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNO solo.

- Inglés → **GO TO question 119**  
 Español  
 Otro idioma aparte del inglés o español  
 Inglés y español por igual  
 Inglés y otro idioma por igual

118. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNO solo.

- Inglés  
 Español  
 Otro idioma aparte del inglés o español  
 Inglés y español por igual  
 Inglés y otro idioma por igual

119. ¿Dónde nació esta persona?

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia → **GO TO question 121**  
 Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)  
 Otro país

120. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

edad

121. ¿Esta persona de origen hispano, latino o español?

- No, no de origen Hispano, Latino or Español  
 Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano  
 Sí, Puertorriqueño  
 Sí, Cubano  
 Sí, de otro origen Hispano, Latino, or Español

122. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.

- India americana o nativa de Alaska  
 Asiática  
 Negra o africana americana  
 Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico  
 Blanca

**123. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNO solo.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**124. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

- Sí
- No

**125. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNO solo.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **GO TO question 127**

- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as)
- Jubilada
- 

Discapacitada o no puede trabajar

**126. (Si esta empleado o esta empleado por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**

→ **GO TO question 128**  
horas

**127. (Si está desempleado o sin trabajo) ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

- Sí
- No

128. En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?

meses

129. ¿Qué edad tiene esta persona?

edad

## La Familia del Niño(a)

### OTRO DE LOS PADRES QUE VIVEN EN EL HOGAR

*i* Responda las preguntas 130 a 147 pensando en la segunda persona que también es padre, madre o tutor legal de este niño(a) y que vive en el hogar.

130. ¿Hay otro padre, madre, o tutor que vive en este hogar?

Sí

No

→ GO TO question 148

131. Es esta persona...

El padre (o madre) biológico

El padre (o madre) adoptivo

El padrastro o madrastra

El padre (o madre) de crianza temporal (Foster)

El abuelo o abuela

Otro tutor legal

132. ¿Es esta persona de sexo masculino o femenino?

Masculino

Femenino

133. ¿Cuál es el estado civil actual de esta persona?

Marque  UNO solo.

- Casado(a) actualmente → **GO TO question 135**
- Viudo(a)
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Nunca se ha casado

134. ¿Vive esta persona actualmente con un novio o una novia, o una pareja en este hogar?

- Sí
- No

135. ¿Cuál fue el primer idioma que esta persona aprendió a hablar?

Marque  UNO solo.

- Inglés → **GO TO question 137**
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

136. ¿Qué idioma habla esta persona más en el hogar actualmente?

Marque  UNO solo.

- Inglés
- Español
- Otro idioma aparte del inglés o español
- Inglés y español por igual
- Inglés y otro idioma por igual

137. ¿Dónde nació esta persona?

- Uno de los 50 estados de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia → **GO TO question 139**
- Uno de los territorios incorporados de los Estados Unidos (*Puerto Rico, Guam, Samoa Americana, Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Islas Marianas del Norte*)
- Otro país

138. ¿Qué edad tenía esta persona cuando se mudó por primera vez a uno de los 50 estados de los Estados Unidos o al Distrito de Columbia?

--	--

edad

139. ¿Es esta persona de origen hispano, latino o español?

- No, no de origen Hispano, Latino or Español
- Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano
- Sí, Puertorriqueño
- Sí, Cubano
- Sí, de otro origen Hispano, Latino, or Español

140. ¿Cuál es la raza de esta persona? Puede marcar una o más razas.

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o africana americana
- Nativa de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- Blanca

**141. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que esta persona completó?**

Marque  UNO solo.

- Grado 8 o menos
- Escuela preparatoria/secundaria (high school), pero no se graduó
- Diploma de escuela preparatoria/secundaria (high school) o un equivalente (GED)
- Se graduó de escuela vocacional después de la escuela preparatoria/secundaria (high school)
- Algunos cursos universitarios, sin título
- Grado asociado (AA, AS)
- Título de licenciatura (BA, BS)
- Algunos cursos universitarios de posgrado o profesional, pero sin título
- Título de maestría (MA, MS)
- Título de doctorado (PhD, EdD)
- Título de escuela profesional más allá de un título de licenciatura (MD, DDS, JD, LLB)

**142. Actualmente, ¿asiste esta persona a una escuela, universidad o centro de educación para adultos o recibe educación vocacional o capacitación laboral?**

- Sí
- No

**143. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la situación laboral de esta persona?**

Marque  UNO solo.

- Empleada por pagos o ingresos
- Trabaja por su propia cuenta
- Desempleada o no está trabajando → **GO TO question 145**

- Estudiante de tiempo completo
- Se dedica al hogar y al cuidado de los niños(as)
- Jubilada
- 

Discapacitada o no puede trabajar

**144. (Si esta empleado o esta empleado por su propia cuenta) ¿Más o menos cuántas horas a la semana trabaja esta persona normalmente por pagos o ingresos, contando todos los trabajos?**

→ **GO TO question 146**  
horas

**145. (Si está desempleado o sin trabajo) ¿Ha estado esta persona buscando trabajo de manera activa en las últimas 4 semanas?**

- Sí
- No

146. **En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses (si alguno) ha trabajado esta persona para recibir pagos o ingresos?**

meses

147. **¿Qué edad tiene esta persona?**

edad


## Su Hogar

148. **En los últimos 12 meses, ¿recibió alguna vez su familia beneficios de alguno de los siguientes programas?**

Marque  UNA casilla para cada artículo debajo.

- |   | Sí<br>▼                  | No<br>▼                  |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Programa de asistencia social o familiar de su estado (puede ser Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o algo diferente) . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Programa de asistencia social o familiar de su estado . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Programa WIC (mujeres, bebés y niños) . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Beneficios de SNAP, conocido también como Estampillas de Comida . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medicaid . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Child Health Insurance Program (CHIP) . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Asistencia de vivienda a través de un vale o Sección 8 . . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

149. ¿Qué categoría representa mejor el ingreso total de todas las personas en su hogar en los últimos 12 meses? Incluya sus propios ingresos. Incluya dinero de empleos e otras ganancias, pensiones, intereses, alquiler, pagos del seguro social, etc.

 Incluya su propio ingreso.

*Incluya dinero de trabajos u otras ganancias, pensiones, intereses, rentas, pagos del Seguro Social, etc.*

- de \$0 a \$10,000
- de \$10,001 a \$20,000
- de \$20,001 a \$30,000
- de \$30,001 a \$40,000
- de \$40,001 a \$50,000
- de \$50,001 a \$60,000
- de \$60,001 a \$75,000
- de \$75,001 a \$100,000
- de \$100,001 a \$150,000
- \$150,001 a \$200,000
- de \$200,001 a \$250,000
- \$250,001 o más

150. ¿Esta vivienda...

Marque  UNO solo.

- Es propiedad de alguien en el hogar o la está pagando alguien en este hogar
- Es alquilada por alguien en este hogar o
- Es ocupada por algún otro tipo de acuerdo?

151. ¿Tiene acceso al Internet en un celular?

- Sí
- No

152. ¿Tiene acceso al Internet en la casa en una computadora o tableta?

- Sí
- No

153. ¿Con qué frecuencia utiliza el Internet?

- Todos los días
- Algunas veces a la semana
- Algunas veces al mes
- Algunas veces al año
- Nunca



**Muchas gracias.**

Por favor devuelva esta encuesta en el sobre con franqueo pre-pagado que se incluye. Si se le perdió el sobre, envíe por correo la encuesta llena a:

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

## Preguntas Frecuentes

**Q: ¿Cómo obtuvo la dirección de mi casa?**

A: Su dirección fue seleccionada al azar entre todos los domicilios en el país. Fue seleccionada usando un método científico de muestreo para representar a otros hogares en los Estados Unidos.

**Q: ¿Cómo obtuvo el nombre y la edad de mi hijo?**

A: Cuando usted nos devolvió la Encuesta Nacional en Hogares sobre Educación inicial, seleccionamos a un niño(a) al azar para hacer preguntas adicionales sobre él. Estamos interesados en comprender las experiencias del cuidado y educación temprana de su hijo.

**Q: ¿Por qué debo participar en este estudio? ¿Tengo que contestar esto?**

A: Usted representa a miles de otros hogares como el suyo, y no podemos encuestar a otra persona en su lugar. Sus respuestas y opiniones son muy importantes para el éxito de este estudio. Puede decidir no responder a alguna o todas las preguntas en esta encuesta. Para que la encuesta sea representativa, es importante que responda a esta encuesta y la devuelva. Las personas que no devuelvan la encuesta no estarán representadas en estadísticas claves que se utilizan por los legisladores e investigadores.

**Q: ¿Cómo se usará la información que yo proporcione? ¿Se protegerá mi privacidad?**

A: Sus respuestas se combinarán con las de otros participantes para producir resúmenes e informes estadísticos. No se darán a conocer sus datos individuales. Toda la información que provee puede ser utilizada solo para razones estadísticas y no puede ser revelada, o usada, en cualquier forma identificable para cualquier propósito e menos si es requerida por ley (20 U.S.C. §9573 and 6 U.S.C. §151).

**Q: Tengo más de un niño(a) en mi hogar. ¿Recibiré encuestas adicionales para los otros niños(as) de mi hogar?**

A: No, cada hogar recibirá una encuesta solamente para un niño(a), incluso si hay varios niños(as) en el hogar. En los hogares con varios niños(as), un niño(a) fue seleccionado al azar para ser incluido en el estudio.

**Q: ¿Cómo ayudarán mis respuestas al Departamento de Educación?**

A: El Departamento de Educación quiere comprender el cuidado y la educación temprana de los niños(as). Esta encuesta es la única manera en la que el Departamento de Educación puede saber acerca de los tipos de cuidado y actividades de educación temprana que los niños(as) reciben. Sus respuestas se combinarán con las de otros hogares para informar a educadores, legisladores, escuelas y universidades acerca de los cambios en el estado de la educación en los Estados Unidos. Puede encontrar los informes de encuestas pasadas en [www.nces.ed.gov/nhes](http://www.nces.ed.gov/nhes).

**Q: ¿Quién patrocina este estudio?**

A: El Centro Nacional de Estadísticas Educativas (CNEE), parte del Departamento de Educación de los Estados Unidos, tiene la autoridad según La Acta de Reformas de Ciencias Educativas del 2002 para llevar al cabo este estudio (ESRA 2002, 20 USC §9543). La Oficina del Censo de los EE.UU. está llevando a cabo un estudio de parte del Departamento de Educación. Este estudio fue aprobado por la Oficina de Administración y Presupuesto, la oficina que controla todas las encuestas patrocinadas federalmente.