**APPENDIX B4.c**

**DENIED APPLICANT SURVEY VERSION A (ADULT) - SPANISH**

#### Instructions for Reviewers

The Denied Applicant Survey will be administered by trained Field Interviewers (FIs). After FNS approves the final draft, the research team will begin implementing the survey in a Computer Assisted Personal Interview (CAPI) format programmed for use on study laptops. This paper version approximates the layout of the CAPI questionnaire and includes notes indicating how the CAPI system will automatically route the FI to the appropriate questions or data entry forms, or performs specified calculations (these notes appear in the paper version in RED, CAPITALIZED text but will not appear on-screen in the CAPI version). In addition, the CAPI version will be programmed to pre-populate certain data about each applicant sampled for the Denied Applicant Survey; these data elements appear in Table 2 on the next page.

The NSWP-III version of the Denied Applicant Survey is similar in many aspects to the Certification Survey: it includes items needed to make an independent assessment of an applicant’s eligibility under four criteria: proof of identity; proof of residency; categorical eligibility; and income eligibility. However, the Denied Applicant Survey differs substantially from the version used in NSWP-II. The version fielded in NSWP-II was a brief telephone survey that relied heavily on self-report, and no documentation. For example, respondents were asked whether they knew the reason WIC had denied their application and, if so, whether they agreed with WIC’s determination of their ineligibility.

The survey is organized into the following modules:

|  |  |
| --- | --- |
| **Table 1: Denied Applicant Survey Modules** | |
| **Name** | **Purpose** |
| 1. Identity | Document proof of identity |
| 1. Residency | Document proof of residency |
| 1. Category | For Infant or Child applicants, establish participant category |
| 1. Income | Determine the size of the applicant’s family economic unit ;  Collect documentation of income sources |
| 1. End survey | Thank respondent and conclude survey |

FIs will administer the five numbered modules in order.

Text that FIs read aloud (questions, response options where indicated) appear in regular text, while on-screen instructions to FIs appear in CAPITALIZED TEXT.

|  |  |
| --- | --- |
| **Table 2. Data Pre-Populated into the Computer-Assisted Personal Interview (CAPI) system for each Applicant in the Sample** | |
| **Variable** | **Description** |
| APPLICANT LAST NAME | Last name of denied WIC applicant |
| APPLICANT FIRST NAME | First name of denied WIC applicant |
| STREET | Street name and number (from WIC agency) |
| CITY | City (from WIC agency) |
| STATE | State (Denied Applicant’s) |
| ZIP | Zipcode |
| STATE\_ID | State WIC Agency identifier |
| LOCAL\_ID | Local WIC Agency identifier |
| CLINIC\_ID | Local clinic identifier |
| ITO | Yes/No, denied applicant is from an ITO |
| APP\_DATE | Date of most recent application (mm/dd/yyyy) |
| MONTH OF APP\_DATE | The name of the month of most recent application date (CAPI will calculate from APP\_DATE) |
| ADJUNCT\_ELIG | IF AVAILABLE FOR DENIED APPLICANT: Yes/No, applicant was adjunctively income eligible for WIC |
| ADJUNCT\_PROGRAM | IF AVAILABLE FOR DENIED APPLICANT: Name of program that made ADJUNCT ELIG=yes |
| MIGRANT | Yes/No, applicant is a migrant worker |

#### Denied Applicant Survey (Version A: Women)

**INTRO:**

Hola. Gracias por participar en esta encuesta. Como ya sabrá, esta encuesta es sobre las personas que han solicitado para los beneficios del programa de WIC pero que su solicitud fue rechazada por no ser elegible. El propósito de este estudio es de investigar si el programa de WIC siguió los procedimientos adecuados en su proceso de tomar una decisión sobre su elegibilidad. En la medida que permita la ley, mantendremos la confidencialidad de sus respuestas. Dado que la entrevista se realiza en privado, no afectará la decisión tomada por el programa de WIC. Sin embargo, si cree que su oficina local de WIC ha tomado una decisión incorrecta, o si las circunstancias de usted han cambiado desde la última vez que solicitó beneficios para usted o su hijo, se sugiere que solicite nuevamente. Al finalizar la encuesta, le daré una tarjeta de regalo de un valor de $25 dólares para agradecerle su participación.

Antes de comenzar, revisaremos este formulario juntos. El formulario le informa de sus derechos como participante de la encuesta. Informa sobre cómo protegeremos su privacidad y cómo se utilizarán sus respuestas.

De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no debe llevar a cabo ni patrocinar la colección de datos y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-XXXX. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 39 minutos (0.65 horas) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios referentes a la carga estimada o cualquier otro aspecto de esta recopilación de datos, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a la siguiente dirección: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302, ATTN: PRA (0584-xxxx\*). No envíe el formulario completo a esta dirección.

#### IDENTITY

Para asegurar que tengo la información correcta, le haré unas preguntas sobre la fecha que usted solicitó los beneficios del programa de WIC en el [APP\_DATE].

1. “La primera pregunta es sobre el tipo de identificación presentado. Piense en aquella fecha de [APP\_DATE] cuando solicitó para los beneficios de WIC, ¿usted presentó algo con su nombre, fotografía u otro tipo de identificación?”

* SÍ GO TO 1A
* NO GO TO 1B
* DON’T RECALL GO TO 1B

1A. “¿Qué tipo de identificación presentó cuando solicito los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]?” [IF APPLICANT HAS TROUBLE WITH THIS REQUEST, READ OFF SOME OF THE ACCEPTABLE TYPES OF ID FROM LIST.]

* RECUERDA EL TIPO MARK TYPE IN “ID SHOWN AT WIC” AND GO TO 1E
* NO RECUERDA GO TO 1E

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comprobantes de identificación [VERIFICAR AL MENOS UNO]** | | | **Identificación mostrada en la oficina de WIC (auto reportado)** |
| Licencia de conducir con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Licencia emitida por la tribu o el estado o identificación con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Identificación de pase de autobús, militar, escolar o laboral con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Tarjeta de identificación del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) o documento del WIC (PARTICIPANTES PREVIOS DEL WIC únicamente; las tarjetas de EBT NO son comprobante de identidad válido) | | | ❑ |
| Carta de la agencia gubernamental (incluido el WIC) con nombre | | | ❑ |
| Estado de cuenta bancaria con nombre | | | ❑ |
| Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca, renta, con nombre | | | ❑ |
| Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre) | | | ❑ |
| OTRO: | ❑ |  | | |
| **FI Notes** |  | * FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE* | | |

1B. “¿Hubo una razón en particular que no pudo presentar identificación cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]?”

DO NOT READ LIST. MULTIPLE RESPONSES OK.

❑ OLVIDÉ LLEVARLA

❑ NO SABÍA CUÁL IDENTIFICACIÓN TRAER

❑ PENSABA QUE ERA NECESARIO TRAER UNA LICENCIA DE CONDUCIR Y NO TENÍA UNA

❑ NO TENÍA NINGUNA (**PROBE**: “¿Por qué no tenía ninguna identificación en aquel momento?”)

❑ ROBO/EXTRAVÍO

❑ SIN HOGAR

❑ PERDÍ MI BILLETERA/CARTERA/IDENTIFICACIÓN

❑ SE PERDIÓ EN UN DESASTRE NATURAL, UN INCENDIO, INUNDACION U OTRO TIPO DE DESASTRE

❑ FUI DESALOJADO DE MI HOGAR Y PERDÍ MI IDENTIFICACIÓN Y OTROS BIENES

❑ ME FUI DE LA CASA DE MIS PADRES/PAREJA/NO TENGO ACCESSO A LA IDENTIFICACIÓN

❑ OTRO (**ESPECIFICAR**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

❑ NO RECUERDO/NO SE

❑ NINGUNA DE LAS ANTERIORES

1C. “¿Usted o alguien en su hogar es trabajador de campo migrante o de temporada? IF NECESSARY: “Las oficinas de WIC tienen reglas particulares para las familias que incluyen a trabajadores de campo migrante que son obligados a mudarse de acuerdo a la temporada de cultivo.”

* SÍ (trabajador de campo migrante)
* NO

1D. “¿Usted regresó nuevamente a la oficina de WIC en algún momento después de la fecha de [APP\_DATE] con identificación?”

* SÍ GO TO 1E
* NO GO TO NEXT MODULE

1E. “¿Me podría mostrar el mismo tipo de documentación que presentó en la oficina de WIC, u otro tipo de identificación que había presentado?”

* SÍ GO TO 1F
* NO GO TO NEXT MODULE

1F. DOES NAME ON ID MATCH SAMPLE INFORMATION?

* YES MARK TYPE IN “ID SHOWN DURING SURVEY” AND GO TO NEXT MODULE
* NO “El nombre que aparece en este documento de identificación no coincide con mis registros. ¿Podría presentar otro

documento de identificación que muestra su nombre?”

* APPLICANT MARRIED, DIVORCED OR OTHER LEGAL NAME CHANGE SINCE APP\_DATE
* NO VALID IDENTIFICATION GO TO NEXT MODULE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comprobantes de identificación [VERIFICAR AL MENOS UNO]** | | | **Identificación mostrada durante la encuesta** |
| Licencia de conducir con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Licencia emitida por la tribu o el estado o identificación con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Pasaporte estadounidense o extranjero con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Identificación de pase de autobús, militar, escolar o laboral con fotografía y nombre | | | ❑ |
| Tarjeta de identificación del Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) o documento del WIC (PARTICIPANTES PREVIOS DEL WIC únicamente; las tarjetas de EBT NO son comprobante de identidad válido) | | | ❑ |
| Carta de la agencia gubernamental (incluido el WIC) con nombre | | | ❑ |
| Estado de cuenta bancaria con nombre | | | ❑ |
| Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca, renta, con nombre | | | ❑ |
| Tarjeta del Seguro Social o Tarjeta de Residencia (Green Card) (u otro documento de inmigración con nombre) | | | ❑ |
| OTRO: ESPECIFIQUE | | |  |
| **FI Notes** |  | * FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE* | | |

#### RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATE

IF APPLICANT OR LIVES IN REMOTE INDIAN VILLAGE OR PUEBLO THEN CAPI WILL SKIP TO “ALTERNATE PROOF OF RESIDENCY.” ELSE CAPI WILL CONTINUE WITH RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATE PROCEDURE.

IF IDENTIFICATION SHOWN AS PROOF OF IDENTITY HAS ADDRESS AND IS AN ACCEPTED PROOF RESIDENCY, MARK OFF THE TYPE OF RESIDENCY PROOF IN TABLE BELOW AND SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE. OTHERWISE GO TO QUESTION 2.

2. “Piense en aquella fecha del [APP\_DATE], ¿usted presentó un tipo de documento donde aparecía la dirección de usted?”

* SÍ GO TO 2A
* NO GO TO 2B
* NO RECUERDA GO TO 2B

2A. “¿Qué tipo de documento presentó para comprobar la dirección donde vivía?”

* RECUERDA EL TIPO DE DOCUMENTO PRESENTADO MARK IN “SHOWN AT WIC” BELOW AND GO TO 2E
* NO RECUERDA GO TO 2E

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Comprobantes de residencia** | **Mostrado en el WIC** | **Mostrado durante la encuesta** |
| Licencia de conducir con nombre y dirección | ❑ | ❑ |
| Licencia estatal o emitida por la tribu, o identificación con nombre y dirección | ❑ | ❑ |
| Factura de servicios, recibo de renta/hipoteca o contrato de renta con nombre y dirección | ❑ | ❑ |
| Tarjeta de identificación del WIC o documento del WIC (PRIOR WIC PARTICIPANTS solo) con dirección y nombre del bebe/niño o cuidador | ❑ | ❑ |
| Carta de la agencia gubernamental con nombre y dirección | ❑ | ❑ |
| Correo con sello postal de un tercero confiable con nombre y dirección | ❑ | ❑ |
| OTRO: | ❑ | ❑ |

2B. “¿Cuál era la razón por la cual no pudo presentar un documento comprobando la dirección de donde vivía usted en aquel entonces cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]?”

DO NOT READ LIST. MULTIPLE RESPONSES OK.

❑ OLVIDÉ LLEVARLA

❑ NO SABÍA CUÁL IDENTIFICACIÓN TRAER

❑ PENSABA QUE ERA NECESARIO TRAER UNA LICENCIA DE CONDUCIR Y NO TENÍA UNA

❑ NO TENÍA NINGUNA (**PROBE**: “¿Por qué no tenía ninguna identificación en aquel momento?”)

❑ ROBO/EXTRAVÍO

❑ SIN HOGAR

❑ PERDÍ MI BILLETERA/CARTERA/IDENTIFICACIÓN

❑ SE PERDIÓ EN UN DESASTRE NATURAL, UN INCENDIO, INUNDACIÓN U OTRO TIPO DE DESASTRE

❑ FUI DESALOJADO DE MI HOGAR Y PERDÍ MI IDENTIFICACIÓN Y OTROS BIENES

❑ ME FUI DE LA CASA DE MIS PADRES/PAREJA/NO TENGO ACCESSO A LA IDENTIFICACIÓN

❑ OTRO (**ESPECIFICAR**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

❑ NO RECUERDO/NO SE

❑ NINGUNA DE LAS ANTERIORES

2C. **IF ITEM 1C WAS ADMINISTERED, GO TO 2D. OTHERWISE ASK:**

“¿Usted o alguien en su hogar es trabajador de campo migrante o de temporada? IF NECESSARY: “Las oficinas de WIC tienen reglas particulares para las familias que incluyen a trabajadores de campo migrante que son obligados a mudarse de acuerdo a la temporada de cultivo.”

* SÍ (MIGRANT FARMWORKER) GO TO 2D
* NO GO TO 2D

2D. “¿Usted regresó a la oficina de WIC después de la fecha del [APP\_DATE] con algún comprobante de su dirección de casa?

* YES GO TO 2E
* NO GO TO NEXT MODULE

2E. “¿Podría mostrarme el mismo tipo de documento que presentó u otro comprobante con su nombre y dirección actual?” [IF NECESSARY: como la factura de servicios, un contrato de renta/arriendo o carta dirigida a usted con su nombre y dirección?”]

**[**IF RESPONDENT HAS TROUBLE WITH THIS REQUEST, READ SOME OF THE ACCEPTABLE TYPES OF RESIDENCY PROOF FROM LIST. MAIL MUST HAVE RESIDENTIAL ADDRESS. P.O. BOX DOES NOT = PROOF OF RESIDENCY. RURAL ROUTE BOX NUMBER IS ACCEPTABLE RESIDENTIAL ADDRESS.

* SÍ GO TO 2F
* NO GO TO NEXT MODULE

**2F.** DO NAME AND ADDRESS MATCH SAMPLE INFORMATION?

🔾 SÍ MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE

🔾 NAME IS DIFFERENT BUT ADDRESS MATCHES GO TO 2G

🔾 NAME MATCHES BUT ADDRESS IS DIFFERENT GO TO 2H

🔾 NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2H

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE]** | | | **Presentado durante la encuesta** |
| Factura de servicios reciente (cable, luz/gas, agua, recolección de basura) con nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Recibo de pago de renta/hipoteca con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Carta/correspondencia reciente (carta a/o sobre matasellado) recibido con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Tarjeta de registro de votante vigente con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| [Si es permitido por el estado] Licencia de conducir vigente, tarjeta de identificación emitido por el estado o la tribu con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| OTHER: SPECIFY | | | ❑ |
| OTHER: specify | | | ❑ |
| **FI Notes** |  | * FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE* | | |

**2G. (NAME IS DIFFERENT BUT ADDRESS MATCHES):** “Este documento tiene una dirección, pero aparece el nombre de otra persona. ¿Tiene otro tipo de documento con la dirección y el nombre suyo?”

🔾 SÍ MARK PROOF SHOWN DURING SURVEY AND GO TO NEXT MODULE

🔾 ADDRESS MATCHES BUT APPLICANT MARRIED, DIVORCED OR OTHER LEGAL NAME CHANGE SINCE APP\_DATE:

GO TO NEXT MODULE

🔾 ADDRESS IS DIFFERENT BUT NAME MATCHES GO TO 2H

🔾 NAME AND ADDRESS ARE BOTH DIFFERENT GO TO 2H

🔾 NO CURRENT PROOF OF RESIDENCY GO TO NEXT MODULE

**2H. (ADDRESS DIFFERS OR NAME AND ADDRESS DIFFER):** “Bueno, el nombre de [name and] y la dirección no coinciden con mis registros. ¿Usted se ha mudado desde la fecha del [APP\_DATE]?”

* YES (RECENTLY MOVED) ENTER INFO BELOW AND GO TO NEXT MODULE
* NO (DID NOT RECENTLY MOVE) GO TO 2I

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **State:** |  | **ZIP:** |  | **ADDRESS IS A STREET ADDRESS (Not PO Box)?** | 🔾 Yes 🔾 No |

2I. “¿Usted tiene otro tipo de documento con su nombre y dirección, así como una factura de servicios, un contrato de renta/arriendo o alguna carta o correspondencia dirigida a usted que ha recibido recientemente?”

* YES REVERSE TO 2F
* NO GO TO NEXT MODULE

#### RESIDENCY: ALTERNATE PROCEDURE (ITO OR REMOTE INDIAN VILLAGE/PUEBLO)

ALTERNATE PROCEDURE APPLIES ONLY IF APPLICANT LIVES ON TRIBAL LAND OR IN REMOTE INDIAN VILLAGE OR PUEBLO. ELSE USE RESIDENCY: GEOGRAPHIC STATES.

ALTERNATIVE RESIDENCY PROCEDURE: GET VILLAGE NAME AND MAILING ADDRESS.

IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A RESIDENTIAL STREET ADDRESS (NOT A PO BOX), GO TO ALT 2A.

IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A PO BOX AND DOES NOT SHOW VILLAGE, GO TO ALT 2B.

IF SAMPLE INFORMATION DOES NOT SHOW A PO BOX AND SHOW A VILLAGE, GO TO ALT 2B.

IF SAMPLE INFORMATION SHOWS A PO BOX AND A VILLAGE, GO TO ALT 2D.

**ALT 2A.** “Cuando usted solicitó los beneficios de WIC en la fecha del [MONTH\_OF\_APP\_DATE], ¿usted presentó un documento donde aparecía la dirección de casa donde usted vivía?”

🔾 YES ENTER PROOF BELOW

🔾 NO FALTA DE DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DE TRIBU O UN PUEBLO RURAL GO TO ALT 2B

🔾 NO GO TO ALT 2D

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comprobantes de residencia [CHECK AT LEAST ONE]** | | | **Presentado durante la encuesta** |
| Factura de servicios reciente (cable, luz/gas, agua, recolección de basura) con nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Recibo de pago de renta/hipoteca con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Carta/correspondencia reciente (carta a/o sobre matasellado) recibido con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| Tarjeta de registro de votante vigente con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| [Si es permitido por el estado] Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitido la tribu con el nombre y dirección del participante | | | ❑ |
| OTHER: SPECIFY | | | ❑ |
| OTHER: specify | | | ❑ |
| **FI Notes** |  | * FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALT 2B.** | “¿Cómo se llama el pueblo donde vivía (vive)?” | | |
| **Village from Sample Information: [VILLAGE]** | | **Matches Sample Info?** | | |
| *Village* | | 🔾Yes | 🔾No | |

❑ SE NIEGA

IF VILLAGE NAME GIVEN DOES NOT MATCH SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2C.

IF VILLAGE NAME MATCHES SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2D.

IF VILLAGE IN SAMPLE INFORMATION is missing, GO TO ALT 2D

IF APPLICANT RELUCTANT TO GIVE VILLAGE NAME, GO TO ALT 2D.

**ALT 2C (i).** “Según mis registros usted estaba viviendo en [VILLAGE].

(i) ¿Hay otro nombre para el lugar donde usted vivía en aquella fecha cuando tuvo su cita de solicitar beneficios?

|  |
| --- |
| * YES (RECORD NAME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) GO TO ALT 2D |
| * NO GO TO ALT 2C(ii) |

**ALT 2C (ii)**

(ii) “¿Usted se mudó recientemente?”

|  |
| --- |
| * YES (RECENTLY MOVED) GO TO ALT 2D |
| * NO (DID NOT RECENTLY MOVE) GO TO ALT 2D |

**ALT 2D. MAILING ADDRESS:** “¿Cuál es su dirección postal actual?”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mailing address from SAMPLE INFORMATION** | | | | | |
| **P.O. Box or Street Address** | *P.O. Box NN* | **State** | *MN* | **ZIP** | *ZZZZZ* |
| **City** | *Anywhere* |  | | | |
| **IF MAILING ADDRESS DIFFERENT FROM SAMPLE INFORMATION** | | | | | |
| **Gave mailing address** | 🔾 Yes 🔾 No |  | | | |
| **City** |  | **State** |  | **ZIP** |  |

IF MAILING ADDRESS MATCHES SAMPLE INFORMATION, GO TO NEXT MODULE. IF NO MAILING ADDRESS IN SAMPLE INFORMATION OR IF RELUCTANT TO GIVE MAILING ADDRESS, GO TO NEXT MODULE.

IF MAILING ADDRESS GIVEN DOESN’T MATCH SAMPLE INFORMATION, GO TO ALT 2E.

**ALT 2E. (CHANGE OF MAILING ADDRESS)** “ ¿Usted ha cambiado la dirección postal recientemente?”

* YES GO TO NEXT MODULE
* NO GO TO NEXT MODULE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FI Notes** | ❑ | *FI: TYPE ANY CLARIFICATIONS OR EXPLANATORY NOTES HERE* |

#### PARTICIPANT CATEGORY

3. “Ahora, veremos si usted cumplía con algunos de los requisitos que corresponden a las categorías de elegibilidad del programa de WIC cuando solicito los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]. ¿Cuál de las siguientes categorias mejor describe su situación en aquel entonces?:

Cuando solicité para el WIC… READ FIRST THREE OPTIONS IN LIST

* 1=Estaba embarazada GO TO 3A
* 2=Había dado a luz recientemente (ósea, el bebé tenía menos de 1 año) GO TO 3B
* 3=Mi embarazo reciente se terminó debido a un aborto espontáneo u otro motivo GO TO 3C
* 4= HABÍA DADO A LUZ Y ESTABA RECIÉN EMBARAZADA GO TO 3A
* 5= EL EMBARAZO RECIENTE SE TERMINÓ ESTABA EMBARAZADA NUEVAMENTE GO TO 3A
* 6= EL EMBARAZO RECIENTE SE TERMINÓ Y RECIÉN DI A LUZ GO TO 3B
* 7= ESTABA EMBARAZADA, RECIÉN DI A LUZ, Y MI OTRO EMBARAZO SE TERMINÓ GO TO 3A
* 8=NINGUNA DE LAS ANTERIORES SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX
* 9=NO RECUERDO SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX

3A. “Cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE], ¿usted le informó a la oficina de WIC que estaba embarazada o que posiblemente podría estarlo?”

|  |  |
| --- | --- |
| * SÍ | SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE |
| * NO | IF Q3=1 SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE  IF Q3=4 GO TO 3B  IF Q3=5 GO TO 3C  IF Q3=7 GO TO 3B |
| * NO RECUERDO | SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE |

3B. “¿Cuándo nació su bebé?”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTER DATE OF BIRTH: | *mm-dd-yyyy* |  |

**AFTER ENTERING DATE OF BIRTH, GO TO 3D**

* IF (APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY), CAPI WILL GO TO 3D.
* IF (APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH INFANT REACHES 6 MONTHS), CAPI WILL GO TO NEXT MODULE (ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING )
* IF APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY, CAPI WILL GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING.[[1]](#footnote-2)

3C. “[IF APPROPRIATE: Lamento mucho su pérdida.] Algunas mujeres continúan siendo elegibles para recibir beneficios de WIC durante un período determinado después de que su embarazo haya terminado. Le quisiera hacer unas preguntas sobre su embarazo, pero podrían ser algo incómodas para usted. Me puede indicar si no desea responder a las preguntas y continuaré a la siguiente sección de la entrevista. ¿Es posible hacerle unas preguntas sobre su embarazo que se terminó inesperadamente?”

* SÍ GO TO 3CA
* NO SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE ON PAGE XX

3CA. ¿Puede indicarme cuándo se terminó su embarazo?”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ENTER DATE LAST PREGNANT: | *mm/dd/yyyy* | | | GO TO NEXT MODULE | |
| IF UNSURE OF DATE, “Está bien si no sabe exactamente, entonces, ¿cuál de las siguientes opciones mejor describe más o menos la fecha: READ LIST | | | |  | |
| * más de 6 meses antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * aproximadamente 6 meses antes del [APP\_DATE] * aproximadamente 5 meses antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * aproximadamente 4 meses antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * aproximadamente 3 meses antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * aproximadamente 2 meses antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * aproximadamente 1 mes antes del [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |
| * dentro de los 30 días anteriores al [APP\_DATE] | |  | GO TO NEXT MODULE | |

GO TO NEXT MODULE

3D. “Piense en aquella fecha del [APP\_DATE], ¿amamantaba a su bebé una vez al día o con más frecuencia, por lo general?”

* SÍ GO TO NEXT MODULE
* NO GO TO NEXT MODULE
* No recuerdo GO TO 3E

3E. “Le puedo ayudar a pensarlo para que se acuerde. Solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE], su bebé tenía [AGE: MESES/SEMANAS]. ¿Amamantaba a su bebé una vez al día o con más frecuencia durante ese tiempo?”

* SÍ GO TO NEXT MODULE
* NO GO TO NEXT MODULE
* No recuerdo GO TO NEXT MODULE
* IF APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY, GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS POSTPARTUM OR BREASTFEEDING).
* IF (APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY) AND (3D=YES OR 3E=YES), ELIGIBLE AS BREASTFEEDING.
* IF (APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH INFANT TURNS 6 MONTHS) AND (APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S FIRST BIRTHDAY) AND (3D=NO OR 3E=NO OR 3E=DON’T RECALL), THEN GO TO NEXT MODULE (NOT ELIGIBLE AS BREASTFEEDING OR POSTPARTUM)

3F. “Algunas mujeres continúan siendo elegibles para recibir beneficios de WIC durante un período determinado después de que su embarazo termine. Le quisiera hacer unas preguntas sobre su embarazo, pero podrían ser algo incómodas para usted. Me puede indicar si no desea responder a las preguntas y continuaré a la siguiente sección de la entrevista. ¿Es posible hacerle unas preguntas sobre el término de su embarazo y su parto más reciente?

* YES GO TO 3FA
* NO SKIP TO INCOME ELIGIBILITY MODULE

3FA. Es necesario saber qué sucedió primero, ¿usted dio a luz primero o tuvo un embarazo que terminó antes de esto?”

[FI: PROMPT FOR DATE OF BIRTH; IF DATE OF END OF PREGNANCY NOT KNOWN, ASK WHICH HAPPENED FIRST]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (i) “Primeramente, ¿cuándo nació su bebé?” | *mm-dd-yyyy* | CAPI CALCULATES INFANT AGE ON APP\_DATE |
| (ii) “¿Y cuándo se terminó su embarazo reciente?” | *mm-dd-yyyy*  *OR:*   * *BEFORE INFANT DOB* * *AFTER INFANT DOB* | CAPI CALCULATES WHICH EVENT FIRST |
| (iii) “Finalmente, ¿estaba dándole leche materna (amamantado) al bebé cuando solicitó beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]? ¿Cuántos [MONTHS] tenía su bebe en esa fecha?” | * SÍ * NO * No recuerda | LOCAL AGENCY CAN EXTEND CERTIFICATION UP TO 30 DAYS FOR BREASTFEEDING WIC PARTICIPANT |

IF INFANT BORN AFTER [APP\_DATE] SELECT Q3=1 (PREGNANT) AND FOLLOW SKIP LOGIC TO 3A

IF INFANT BORN BEFORE [APP\_DATE] AND APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH INFANT REACHED 6 MOS OF AGE, GO TO NEXT MODULE (CATEGORICALLY ELIGIBLE AS EITHER BREASTFEEDING OR POSTPARTUM)

IF INFANT BORN BEFORE [APP\_DATE] AND APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY AND APP\_DATE > DATE INFANT REACHED 6 MOS OF AGE AND 3F(iii)=YES, was breastfeeding, CATEGORICALLY ELIGIBLE. GO TO NEXT MODULE

IF INFANT BORN BEFORE [APP\_DATE] AND APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY AND APP\_DATE > DATE INFANT REACHED 6 MOS OF AGE AND (3F(iii)=NO, not breastfeeding OR 3F(iii)=DON’T RECALL), CATEGORICALLY INELIGIBLE. GO TO NEXT MODULE

IF INFANT BORN BEFORE [APP\_DATE] AND APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH OF INFANT’S 1ST BIRTHDAY, CHECK DATE\_PREG\_END (this WIC applicant has a child older than 1 year but also recently had a pregnancy end):

IF (DATE\_PREG\_END ≤ APP\_DATE) AND (APP\_DATE ≤ LAST DAY OF MONTH OF 6TH MONTH AFTER DATE\_PREG\_END), CATEGORICALLY ELIGIBLE (POSTPARTUM): GO TO NEXT MODULE

IF (DATE\_PREG\_END ≤ APP\_DATE) AND APP\_DATE > LAST DAY OF MONTH OF 6TH MONTH AFTER DATE\_PREG\_END), CATEGORICALLY INELIGIBLE: GO TO NEXT MODULE

IF DATE\_PREG\_END AFTER APP\_DATE SELECT Q3=1 (PREGNANT) AND FOLLOW SKIP LOGIC TO 3A. IF 3A=YES, eligible as PREGNANT

#### INCOME ELIGIBILITY

**HOUSEHOLD ENUMERATION**

Q1. **“**Ahora, le haré unas preguntas para conocer las circunstancias de su familia sobre el número de miembros del hogar y los ingresos. Pediré que me de los nombres de las personas que tenían residencia en su casa o que vivían con usted durante el [MONTH OF CERT\_DATE] y si son parientes o familiares. Escribiré los nombres para después hacer unas preguntas sobre ellos. Por favor, solo incluya a nombres de personas que vivían con [SAMPLED INFANT/CHILD] durante el [MONTH OF CERT\_DATE].

BEGIN WITH INFANT/CHILD APPLICANT. RECORD EACH NAME IN THE LIST BELOW. ENTER FIRST NAME ONLY

1. ¿Quién vivía con usted durante el [MONTH OF CERT\_DATE]? / Alguien más?
2. ¿Es [NAME] hombre o mujer?
3. ¿Cuántos años tiene [NAME]?
4. ¿Cuál es la relación familiar de [NAME] con usted?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Q1** | | **Q2** | **Q3** | **Q4** | **Relationship Codes** | | |
| **NAME** | | **GENDER**  1=male  2=female | **AGE**  in years | **RELATIONSHIP** | 1=cónyuge  2=pareja  3=hijo/a  4=hijastro/a  5=hijo adoptivo  6=padre  7=padrastro/a  8=tutor legal  9= hermano/hermana  10=abuelo/a | 11=tío/tía  12=primo/a  13=sobrino/sobrina  14=suegro/a  15=cuñado/cuñada  16=otro familiar/pariente  17=no es familiar/pariente  18=niño bajo cuidado provisional  19=niño bajo cuidado temporal  20=padre de un niño bajo cuidado temporal  21=bebé/niño participante de WIC | |
| 1. SAMPLED INFANT/CHILD | |  |  | 21 |
| 1. PARENT/RESPONDENT | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| ANYONE ELSE? ⏶ | FI MAY CLICK FOR ADDITIONAL ROWS AT ANY TIME DURING THE INTERVIEW. CAPI will add additional rows one at a time, up to 20 persons. | | | | | |

IF ANY Q4= 19 [HOUSEHOLD INCLUDES A FOSTER CHILD WHO SHOULD BE EXCLUDED FROM SAMPLED ECONOMIC UNIT], DISPLAY Q4FOSTER(ii): “Cuando solicitó los beneficios del programa de WIC indicó que [NAME OF HOUSEHOLD MEMBER where Q4=19] era un niño bajo cuidado temporal? ? 🔾 YES 🔾NO

**FAMILY MEMBERS TEMPORARILY AWAY**

“Además de las personas ya mencionadas, ¿hay alguna persona que vivía allí regularmente con usted, pero por algún motivo temporal no se encontraba viviendo allí durante el [MONTH OF CERT\_DATE]? (IF NECESSARY, PROBE: Por ejemplo, esta persona podría ser un miembro del servicio militar en servicio activo, alguien hospitalizado, o alguien encarcelado o cumpliendo una pena de prisión, un hijo estudiando en otra ciudad, o un hijo cuya custodia se comparte con el otro padre. ¿Hay alguna persona que vivía allí regularmente, pero por algún motivo temporal no se encontraba viviendo allí?”

**FAMILY MEMBERS TEMPORARILY AWAY=YES**

1. LIST NAME OF EACH PERSON TEMPORARILY AWAY
2. “¿Es [NAME] hombre o mujer?”
3. “¿Cuántos años tiene [NAME]?”
4. “¿Cuál es la relación familiar de [NAME] con usted?

Q4B. “¿Me podría dar la razón principal por la cual esta persona no vivía allí y se encontraba temporalmente en otra residencia?” DO NOT READ LIST. PROBE FROM LIST IF NECESSARY. ENTER REASON IN COLUMN Q4B.

1=MIEMBRO DEL SERVICIO MILIAR EN SERVICIO ACTIVO

2=HOSPITALIZADO/CENTRO DE REHABILITACIÓN/ CASA DE TRANSICIÓN

3=ESTUDIANDO EN OTRA CIUDAD (INTERNADO, LA UNIVERSIDAD)

4=HIJO CUYA CUSTODIA SE COMPARTE CON EL OTRO PADRE **GO TO Q4C**

5=OTRO, ESPECIFIQUE (DO NOT LIST ANY PERSON WHO WAS IN JAIL/PRISON IN [MONTH OF CERT\_DATE])

IF Q4B=4, CAPI WILL DISPLAY APPROPRIATE 4C QUESTION:

Q4C. IF Q4B=4: “¿Dónde vive [NAME] la mayor parte del tiempo?: READ LIST AND ENTER CODE IN COLUMN Q4C

1= Más de la mitad del tiempo en su hogar

2= Más de la mitad del tiempo en el otro hogar

3= Pasa igual de tiempo acá en mi hogar que en el otro hogar

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Members temporarily away** | | | | | | | |
| **Q1A** | **Q2A** | **Q3A** | **Q4A** | **Relationship Codes** | | **Q4B** | **Q4C** |
| **NAME** | **GENDER** | **AGE** | **RELACIÓN FAMILIAR** | 1=cónyuge  2=pareja  3=hijo/a  4=hijastro/a  5=hijo adoptivo  6=padre/madre  7=padrastro/a  8=tutor legal  9= hermano/hermana  10=abuelo/a | 11=tío/tía  12=primo/a  13=sobrino/sobrina  14=suegro/a  15=cuñado/cuñada  16=otro familiar/pariente  17=no es familiar/pariente  18=niño bajo cuidado provisional  19=niño bajo cuidado temporal  20=padre de un niño bajo cuidado temporal | **REASON TEMPORARILY AWAY** | **if 4B=4: WHERE CHILD LIVES MOST** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

If STATE AGENCY INCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE AS PART OF FAMILY ECONOMIC UNIT, CAPI will SKIP THIS MODULE.

If STATE AGENCY EXCLUDES CHILDREN IN TEMPORARY CARE FROM FAMILY ECONOMIC UNIT, CAPI will DISPLAY THIS MODULE:

**CHILDREN IN TEMPORARY CARE OF THE DENIED APPLICANT’S FAMILY**

“A veces, las familias cuidan de otros niños de otras familias debido a que sus padres no se encuentran disponibles para cuidarlos. ¿De la lista de niños que ha mencionado, algún niño que ha mencionado o niños son de otra familia y cuidaba de él(ella/ellos/ellas) temporalmente? [IF NECESSARY: “No me refiero al niño(s) bajo cuidado temporal.]”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CAPI-FILLED LIST OF CHILDREN ≤14 YEARS OLD NAME | BAJO CUIDADO TEMPORAL? | IF IN TEMPORARY CARE = YES:  “Su familia cuidaba del niño debido a que su(s) padre(s) son miembros del militar en servicio activo? | “Usted recibe alguna forma de pago de los padres del (los) niño(s) mientras cuida de él/ella? Si es así, ¿cuánto? | | |
| NAME OF 1st CHILD | ❑ Yes  ☑ No | ❑ ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo?  ❑ No, otra razón por el cuidado temporal | ❑ Sí 🡪  ❑ No | $ \_\_\_\_\_ | Por mes  Por semana |
| NAME OF 2nd CHILD | ❑ Yes  ☑ No | ❑ ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo?  ❑ No, otra razón por el cuidado temporal | ❑ Sí 🡪  ❑ No | $ \_\_\_\_\_ | Por mes  Por semana |
| NAME OF 3rd CHILD | ❑ Yes  ☑ No | ❑ ¿Sí, los padres son miembros del militar en servicio activo?  ❑ No, otra razón por el cuidado temporal | ❑ Sí 🡪  ❑ No | $ \_\_\_\_\_ | Por mes  Por semana |
| … |  |  |  |  |  |

IF COLUMN 2=YES, IN TEMPORARY CARE, CAPI WILL SET Q4 = 18 FOR THAT CHILD AND EXCLUDE THAT CHILD FROM FAMILY ECONOMIC UNIT

**SHARED OR SEPARATE FINANCES**

CAPI WILL AUTOMATICALLY DISPLAY NAME, GENDER, AGE AND (IF APPLICABLE) REASON TEMPORARILY AWAY OF EACH PERSON. INTERVIEWER WILL READ THE AGE-APPROPRIATE QUESTION AND SELECT RESPONSE IN COLUMN Q6:

“Ahora, le preguntaré si cada persona que ha mencionado que vivía con usted aportaron y compartieron los ingresos y gastos del hogar durante [MONTH OF CERT\_DATE].

IF AGE ≥ 15 YEARS: “¿Usted considera [NAME] como parte de su familia, ósea durante el [MONTH OF CERT\_DATE] compartieron los ingresos y gastos del hogar como si fueron una sola familia, o cada persona mantuvo sus ingresos, gastos del hogar y los alimentos separados?”

* Sí, compartidos: SELECT “SHARE LIKE FAMILY” FOR NAME
* No, separados: SELECT “SEPARATE” FOR NAME

IF AGE < 15 YEARS: “¿Usted considera [NAME] como parte de su familia, ósea durante el [MONTH OF CERT\_DATE], usted era responsable por el cuidado de ellos como si fueron parte de su familia?”

* Sí, responsable por el cuidado: SELECT “SHARE LIKE FAMILY” FOR NAME
* No, responsable por el cuidado: SELECT “SEPARATE” FOR NAME

IF NECESSARY FOR MEMBERS TEMPORARILY AWAY, PROBE:

* NAME IS ≥ 15 YEARS: “¿Cuando [NAME] está viviendo allí, usted y [NAME] comparten los ingresos y gastos?”
* NAME IS < 15 YEARS: “¿Cuando [NAME] está viviendo allí, usted cuida de [NAME] como si fueran parte de la misma familia?”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREFILLED BY CAPI** | | | | | **INTERVIEWER SELECTS** |
|  | **Q1** | **Q2** | **Q3** | **Q4B** | **Q6** |
|  | **NAME** | **GENDER** | **AGE** | **REASON TEMPORARILY AWAY** | **Family or Separate?[[2]](#footnote-3)** |
| R#. | ***name*** | ***(1 or 2)*** | ***(age)*** | *NA* | 🔾 1=comparte como familia 🔾 2=separado |
| R#. | ***name*** | ***(1 or 2)*** | ***(age)*** | *NA* | 🔾 1=comparte como familia 🔾 2=separado |
| R#. | ***name*** | ***(1 or 2)*** | ***(age)*** | *NA* | 🔾 1=comparte como familia 🔾 2=separado |
| R#. | ***name*** | ***(1 or 2)*** | ***(age)*** | ***(1-6 code)*** | 🔾 1=comparte como familia 🔾 2=separado |
| R#. | ***name*** | ***(1 or 2)*** | ***(age)*** | ***(1-6 code)*** | 🔾 1=comparte como familia 🔾 2=separado |

**PREGNANT FAMILY MEMBERS**

**RECORD START TIME: \_\_\_:\_\_\_**

**IF Q3=(1, 4, 5 OR 7) ASK P1-P1B, OTHERWISE SKIP TO P2**

**P1.** “Anteriormente, me indicó que estaba embarazada cuando solicito para los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE]. En ese momento, ¿estaba embarazada de un solo bebé, de mellizos/gemelos o más niños?

* Parto único (un solo bebé)
* Mellizos/Gemelos
* Más de dos bebés: ENTER NUMBER\_\_ (TRIPLETS =3, QUADRUPLETS =4, ETC)

**P1A.** “¿Desde la fecha de esa cita / [NAME] ha dado a luz?” (DO NOT READ OPTIONS)

* SÍ GO TO P1B
* NO GO TO P2

**P1B.** “¿Usted ya incluyó el nombre del bebé/los bebés que usted/ [NAME] dio a luz como parte de los miembros de la familia ya mencionados? **[CONFIRM THAT THE SAME NUMBER OF INFANTS FROM PREGNANCY (P1) ARE ALREADY LISTED IN HOUSEHOLD ENUMERATION CHART]** (DO NOT READ OPTIONS)

BE AWARE THAT A “NO” RESPONSE COULD MEAN THAT THE BABY IS DECEASED/WAS STILLBORN, OR DOES NOT LIVE WITH THE APPLICANT (ADOPTED OR REMOVED FROM THE HOME BY THE STATE)

* SÍ, CON [N] BEBÉS YA MENCIONADOS CAPI WILL SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT
* NO, EL BEBÉ FALLECIÓ, LO RETIRARON DE LA CASA, NO ESTABA VIVIENDO EN LA CASA EN LA FECHA DE APP\_DATE – DO NOT LIST THE INFANT ANYWHERE

**P2**. “Había otra persona en la familia embarazada cuando solicitó los beneficios de WIC en la fecha de APP\_DATE? (IF NECESSARY: THESE QUESTIONS HELP DETERMINE THE CORRECT NUMBER OF PEOPLE IN YOUR HOUSEHOLD WHEN YOU APPLIED FOR WIC)

* Sí GO TO P3
* No GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

|  |  |
| --- | --- |
| **P3**. “¿Quién estaba embarazada en la fecha de APP\_DATE?” |  |
| <SELECT NAME FROM Q1 LIST DROPDOWN MENU> | IF PREGNANT MEMBER SHARES FINANCES (Q6=1), GO TO P3A.  IF PREGNANT MEMBER HAS SEPARATE FINANCES (Q6=2), GO TO P3D |

**P3A**. “[NAME] estaba esperando un solo bebé, gemelos/mellizos o más de dos niños?”

* Parto único (un solo bebé) IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 1 TO FAMILY

ECONOMIC UNIT

* Mellizos/Gemelos IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD 2 TO FAMILY

ECONOMIC UNIT

* Más de dos bebés: ENTER NUMBER IF SHARED FINANCES CAPI WILL ADD [N] TO FAMILY ECONOMIC UNIT

**P3B.** “Desde esa cita, ¿[NAME] ha dado a luz?” (DO NOT READ OPTIONS)

* SÍ GO TO P3C
* NO [STILL PREGNANT OR PREGNANCY ENDED] GO TO P3D

**P3C.** “¿Usted ya incluyó el nombre del bebé/los bebés que usted/ [NAME] dio a luz como parte de los miembros de la familia ya mencionados? **[CONFIRM THAT THE SAME NUMBER OF INFANTS FROM ITEM P3A ARE ALREADY LISTED IN HOUSEHOLD ENUMERATION CHART] (**DO NOT READ OPTIONS)

BE AWARE THAT A “NO” RESPONSE COULD MEAN THAT THE BABY IS DECEASED/WAS STILLBORN, OR DOES NOT LIVE WITH THE APPLICANT (ADOPTED OR REMOVED FROM THE HOME BY THE STATE)

* SÍ, CON [N] BEBÉS YA MENCIONADOS CAPI WILL

SUBTRACT [N] FROM FAMILY ECONOMIC UNIT

* NO: [NAME] ESTABA EMBARAZADA DURANTE ESTA FECHA [LIST INFANT AS A HOUSEHOLD MEMBER]
* NO: EL BEBÉ FALLECIÓ, LO RETIRARON DE LA CASA, NO ESTABA VIVIENDO EN LA CASA EN LA FECHA DE APP\_DATE – DO NOT LIST THE INFANT ANYWHERE

**P3D.** “ ¿Había alguien más que estaba embarazada en la fecha de APP\_DATE?”

* SÍ, IF YES, REVERSE TO P3 AND REPEAT P3-P3D AS NEEDED
* NO GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

**P3D.** “Había otra alguien más que estaba embarazada en la fecha de [APP\_DATE]?”

* YES IF YES, REVERSE TO P3 AND REPEAT P3-P3D AS NEEDED
* NO GO TO Q7, ADJUNCTIVE ELIGIBILITY

**ADJUNCTIVE OR AUTOMATIC ELIGIBILITY**

**Q7.**  “Cuando usted solicitó los beneficios de WIC en la fecha de [APP\_DATE], ¿usted o algún miembro del hogar también recibía beneficios de un programa calificador como Medicaid (asistencia federal de seguro médico), SNAP (asistencia de comida), TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas), o [NAME OF STATE PROGRAM(S)]?”

|  |  |
| --- | --- |
| * SÍ | “ ¿Podría presentar algún documento que comprueba la participación en ese programa, como la tarjeta de certificación, carta de confirmación de beneficios, un aviso de beneficios u otro documento que muestra cuando el participante del [**ADJUNCT PROGRAM**] era elegible?” |
| * EL PROGRAMA DE WIC ENCONTRÓ MI NOMBRE DE LA LISTA DE INSCRIPCIÓN, A TRAVÉS DEL SITIO WEB O POR UN PROGRAMA O AGENCIA CORRESPONDIENTE | “Bien, ¿tiene una carta de confirmación de beneficios, aviso de beneficios u otro documento que muestra las fechas de elegibilidad del participante en el programa de [**ADJUNCT PROGRAM**]? |
| * NO | GO TO INCOME SOURCES |
| * NO RECUERDA | GO TO INCOME SOURCES |

IF RESPONDENT HAS DOCUMENTATION, ENTER INFORMATION IN TABLE BELOW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de documento: Participante en algún programa calificador / Elegibilidad automático basado en los criterios de ingresos** | | |
| **Programa calificador** | * SNAP (Cupones de comida) * TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas * Medicaid (programa federal de asistencia de seguro médico) * Otro programa, ESPECIFIQUE: | |
| **Tipo de documento presentado:** | * NO TIENE DOCUMENTO (auto reportado) * Documento emitido por un programa con las fechas de elegibilidad * Carta de confirmación de beneficios 0 * Recibo de la Tarjeta de EBT – de beneficios electrónicos dentro de los últimos 30 días < CERT\_DATE * Estado de cuenta de la tarjeta de EBT – de beneficios electrónicos comprobando un depósito dentro de los últimos 30 días < CERT\_DATE * Otro: | |
| **Nombre del participante en el programa** | <select name from CAPI-generated list of family EU members> | |
| **Fecha de inicio de elegibilidad o del inicio de inscripción** |  | ❑No tiene fecha de inicio/ la fecha no está disponible  PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que comprueba su participación en el programa? |
| **Fecha de vencimiento de la elegibilidad o la fecha que la inscripción se vence** |  | ❑ No tiene fecha de inicio/ la fecha no está disponible  PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que comprueba su participación en el programa? |
| **Nombre de la agencia u programa** |  | ❑ El nombre de la agencia/oficina no está disponible o comprensible  PROBE: ¿Tiene algún otro tipo de documento que comprueba su participación en el programa? |

**PROOF TOO NEW**

“Se ve que este documento fue emitido después de la fecha que solicitó por los beneficios de WIC del [APP\_DATE]. ¿Tiene algún otro tipo de documento con una fecha que compruebe que estaba recibiendo beneficios de este programa antes del [APP\_DATE]?”

* YES ENTER INFORMATION FROM CORRECTLY DATED PROOF OF PARTICIPATION IN ADJUNCT PROGRAM (CAPI WILL PRESENT A NEW TABLE FOR ENTERING INFORMATION FROM THE NEXT DOCUMENT SHOWN)
* NO GO TO OTHER BENEFITS PROGRAM

**PROOF EXPIRED**

“Se ve que este documento tiene una fecha de vencimiento que se expiró antes de que solicitó beneficios de WIC del [APP\_DATE]. ¿Tiene algún otro tipo de documento con una fecha que compruebe que estaba recibiendo beneficios de este programa antes del [APP\_DATE]?”

* YES ENTER INFORMATION FROM CORRECTLY DATED PROOF OF PARTICIPATION IN ADJUNCT PROGRAM(CAPI WILL PRESENT A NEW TABLE FOR ENTERING INFORMATION FROM THE NEXT DOCUMENT SHOWN)
* NO GO TO OTHER BENEFITS PROGRAM

**OTHER BENEFITS PROGRAM**

“¿Algún miembro de su hogar de su hogar estaba recibiendo beneficios en otros programas de asistencia cuando usted solicitó por beneficios de WIC en el [APP\_DATE]?” [IF NECESSARY, PROMPT “así como Medicaid, SNAP, TANF or [NAME OF STATE PROGRAM(S)]”]

* + YES CAPI WILL REPEAT RESPONSE OPTIONS AND PROMPTS SHOWN ABOVE UNDER Q7 FOR FI TO ENTER INFORMATION ABOUT PARTICIPATION IN ANY OTHER PROGRAM THAT MAY CONFER ADJUNCTIVE INCOME ELIGIBILITY
  + NO “OK, thank you. Let’s move on to income sources.” GO TO INCOME SOURCES

CAPI WILL GO TO INCOME SOURCES EVEN IF ADJUNCTIVELY/AUTOMATICALLY INCOME ELIGIBLE: [Note for reviewers: Regardless of adjunctive income eligibility status, for denied applicants we will also collect income]

**INCOME: ALTERNATE INCOME DETERMINATION PROCEDURE (INDIAN TRIBAL ORGANIZATIONS)**

IF ITO=YES AND ALTERNATIVE INCOME PROCEDURE =YES, THE “ALTERNATE INCOME DETERMINATION PROCEDURE” APPLIES. OTHERWISE, CAPI SKIPS ALTERNATE PROCEDURE FOR INCOME DETERMINATION

CAPI PERFORMS A LOOKUP AGAINST TABLE OF INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES (IEGs) BASED ON SIZE OF FAMILY ECONOMIC UNIT. CAPI DISPLAYS INCOME THRESHOLD [INCOME\_MAX].

**ID8** “En la fecha de [APP\_DATE], los ingresos de su familia eran por debajo o igual a $[INCOME\_MAX]?”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * YES | GO TO ID8A |  |
| * NO | GO TO INCOME SOURCES (Q8a) |  |

**INCOME SOURCES**

“Ahora le haré unas preguntas sobre los ingresos que usted u otros miembros de la familia recibía durante la fecha de [APP\_DATE]. Le aseguramos que mantendremos su información confidencial y protegeremos su privacidad. No incluiremos información dentro del estudio que sea asociada con su identificación o la de su familia. Recolectaremos los datos sobre los ingresos que nos reporta y los juntaremos con la información de las demás personas a lo largo de Estados Unidos. Su información personal no se compartirá con los siguientes programas ni entidades: el programa de WIC, la oficina local de WIC, otros programas de beneficios, el arrendador/dueño del lugar donde alquila, el banco, el empleador, ni personas de su comunidad.

Q8a. Cuanto solicitó la cita para recibir beneficios de WIC [APP\_DATE], ¿usted había quedado desempleado recientemente – es decir que había estado trabajando, pero luego dejó de trabajar?

* Sí FILL NAME AND TABLE BELOW; GO TO Q8b
* No GO TO INCOME SOURCES

IF RESPONDENT IS CONFUSED**,** PROBE: **“**¿Había estado trabajando, pero perdió el trabajo o dejó de trabajar por algún motivo?”

|  |  |
| --- | --- |
| Q8b. ¿Quién había quedado recientemente desempleado? | Q8c. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo usted o esta persona había estado sin trabajo o desempleado desde el CERT\_DATE?  READ LIST: |
| <select name from CAPI-generated list> | 🔾 Menos de 30 días antes de CERT\_DATE  🔾 Un mes o más antes de 1 CERT\_DATE |
| <select name from CAPI-generated list> | 🔾 Menos de 30 días antes de CERT\_DATE  🔾 Un mes o más antes de 1 CERT\_DATE |
| <select name from CAPI-generated list> | 🔾 Menos de 30 días antes de CERT\_DATE  🔾 Un mes o más antes de 1 CERT\_DATE |

“Comenzaremos con unas preguntas sobre las fuentes de ingresos, luego haré preguntas sobre las fuentes de otros miembros de su familia. Para cada tipo de ingreso, es posible que le pediré un documento o comprobante correspondiente que muestra las fechas y la cantidad que recibió. Es importante que nos enfoquemos en los ingresos que usted y miembros de su familia recibió un mes antes de la cita de certificación de beneficios del programa de WIC en [CERT\_DATE].

**GO TO Q9A. CAPI WILL DISPLAY QUESTIONS Q9A-Q9E FOR ALL INCOME SOURCES FOR EACH PERSON IN THE FAMILY UNIT WITH SHARED FINANCES WHO IS AGED 15 OR OLDER (CALLED “ADULT FAMILY MEMBER”).**

NOTE FOR REVIEWERS:

On the pages that follow, different types of “proof of income documents” are listed for each income type. The preferred documents appear in underlined text: these documents are those that best meet guidance provided by WIC policy memoranda (#99-4, #2013-3). If a respondent cannot present one of the “preferred” documents, additional acceptable types of proof appear in light gray (non-underlined) text. Each income type also includes an “other” option, where a Field Interviewer may describe another type of document presented as evidence of the income amount reported, and an option to indicate that no documents were available. For each income type, even if documentation is not available, the FI will ask the respondent to report the amount and frequency of that income.

Q9A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

Q9B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “ ¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | |
| * Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR) * Empleador 1 * Empleador 2 * Empleador 3 | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | **Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario:**   * Talón de pago/recibo de sueldo * Declaración de ingresos * Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [textbox] | Pago bruto $   * Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/suma única * Otro: \_\_\_\_ |
| * Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR) * Empleador 1 * Empleador 2 * Empleador 3 | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | **Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario:**   * Talón de pago/recibo de sueldo * Declaración de ingresos * Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [textbox] | Pago bruto $   * Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/suma única * Otro: \_\_\_\_ |
| * Sueldo, salario, pagos (EXCLUIR PAGO DEL SERVICIO MILITAR * Empleador 1 * Empleador 2 * Empleador 3 | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | **Marque uno, utilice líneas adicionales si es necesario:**   * Talón de pago/recibo de sueldo * Declaración de ingresos * Declaración de impuestos del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [textbox] * NINGUNO (autoreportado) Other [textbox] | Pago bruto $   * Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/suma única * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Propinas, bonos o comisiones (POSIBLEMETE SEA UNA SUMA ÚNICA) * Empleador 1 * Empleador * Empleador 3 | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Talón de pago/recibo de sueldo * Declaración de ingresos * Registros comerciales de las comisiones * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [textbox] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Propinas, bonos o comisiones (POSIBLEMETE SEA UNA SUMA ÚNICA) * Empleador 1 * Empleador * Empleador 3 | **From: mm/dd/yy**  **To: mm/dd/yy** | * Talón de pago/recibo de sueldo * Declaración de ingresos * Registros comerciales de las comisiones * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [textbox] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Ingresos por el autoempleo (agricultura o no agricultura) (**PAGO NETO**) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 * Registros comerciales * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago NETO $ | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Ingreso de renta (**PAGO NETO**) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Contrato de alquiler, renta, otros registros comerciales * Cheque de renta cancelada * Declaración de impuestos IRS del 2017, formulario W-2, o formulario 1099 * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago NETO $ | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Regalías (INDICACIÓN PARA ITO: pagos per cápita) (**PAGO NETO**) (POSIBLE QUE SEA UNA SUMA ÚNICA) (POSIBLE EXCLUSIÓN) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Talón de pago/recibo de sueldo * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Declaración de impuestos del IRS 2017, 1099 * Registros comerciales * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | **PAGO NETO** | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | |
| * Compensación por el desempleo | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| **IF PARTICIPANT/FAMILY MEMBER INDICATES NO INCOME FROM UNEMPLOYMENT COMPENSATION BUT WAS UNEMPLOYED (Q8A), ASK:**  UE1. “¿Solicitó beneficios de desempleo?”   * Sí GO TO UE2 * No CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE   UE2. “¿Su solicitud fue rechazada o aprobada?” DO NOT READ LIST   * Rechazada/denegada CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE * Aprobada GO TO UE3 * No le han avisaron todavía / nunca le avisaron CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE   UE3. “Bien, USTED/NAME fue aprobado para recibir compensación por el desempleo, pero no ha recibido ingresos de compensación por el desempleo. ¿Podría presentar una copia de la carta confirmando la aprobación?”   * Sí RECORD DATE OF LETTER AND AMOUNT OF BENEFITS AWARDED * No CONTINUE TO NEXT INCOME SOURCE | | | | | |
| * Compensación de trabajadores | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Carta de confirmación de beneficios/carta de determinación * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Beneficios de seguro social | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Carta de confirmación de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) * Declaración de beneficios * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [APP\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | | **9B**  **Período de ingresos** | | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | | |
| * Beneficios suplementarios de Seguro Social Federal (SSI) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | | * Carta de confirmación de beneficios * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | | | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Beneficios suplementarios estatales seguro de discapacidad | **From: mm/dd/yy**  **To: mm/dd/yy** | | * Carta de confirmación de beneficios * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | | | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Beneficios de TANF o asistencia pública (Asistencia temporal para familias necesitadas) | **From: mm/dd/yy**  **To: mm/dd/yy** | | * Carta de confirmación de beneficios * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | | | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | |
| * Manutención o pensión alimenticia (**1ª fuente**) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Cheque o talón de pago * Acuerdo de manutención * Sentencia de divorcio/separación * Orden judicial * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Manutención o pensión alimenticia (**2ª fuente**) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Cheque o talón de pago * Acuerdo de manutención * Sentencia de divorcio/separación * Orden judicial * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Beneficios de una pensión gubernamental o privada, anualidad o de sobrevivientes | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Aviso de confirmación de beneficios * Cheque o comprobante de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Pago de un fideicomiso o de herencia | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Declaración de ingresos * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | |
| * Intereses o dividendos | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Declaración de ingresos o dividendos * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Retiros de cuenta de inversión o ahorro | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Recibo de retiro/ Comprobante * Declaración de ingresos * Estado de cuenta bancaria de un retiro * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

A. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], usted [you/NAME] recibía ingresos de: READ INCOME TYPE IN COLUMN A. CHECK ONLY IF YES.

B. ¿Podría presentar un tipo de comprobante de esos ingresos, por ejemplo [READ FIRST ITEM IN COLUMN 9C. IF FIRST PROOF UNAVAILABLE, READ NEXT ITEM, OR “¿hay otro tipo de documento adicional que muestre la cantidad de este ingreso?” DO NOT READ “NONE”].

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9A**  **Tipo de ingreso** | **9B**  **Período de ingresos** | **9C**  **Documento de comprobante de ingreso** | **9D**  **Cantidad** | **9E**  **Frecuencia** | |
| * Pagos de veteranos | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Carta de confirmación de beneficios * Cheque o talón de cheque * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Pago del servicio militar | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Declaración de ingresos o pago de permiso remunerado (GO TO MILITARY PAY MODULE) * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Contribuciones regulares de alguien que no viva en el hogar | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Carta de persona que contribuya con fecha y firmada * Depósito en estado de cuenta bancario * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |
| * Otras fuentes de ingresos (VER PREGUNTAS DE SONDEO DE INGRESOS) | **From**: mm/dd/yy  **To**: mm/dd/yy | * Declaración de ganancias * Carta de adjudicación/beneficios * Carta del pagador, fechada y firmada * Estado de cuenta bancaria de un depósito * Declaración de impuestos del IRS 2017, formulario W2, formulario1099 * Otro [casilla de texto] * NINGUNO (auto reportado) | Pago bruto $  ❑ Pago neto (marcar solo si pago bruto no es disponible) | * Semanal * Quincenal * Dos veces al mes * Mensual | * Trimestral * Anual * Del último año a la fecha * Único/una sola cantidad * Otro: \_\_\_\_ |

#### MILITARY PAY MODULE[[3]](#footnote-4)

USING THE SERVICE MEMBER’S MILITARY **LEAVE AND EARNINGS STATEMENT**, ENTER THE INFORMATION BELOW. SOME PAY CODES WILL PROMPT YOU TO ASK CLARIFYING QUESTIONS THAT WILL AUTOMATICALLY DISPLAY. ANSWERING THE QUESTIONS WILL DETERMINE THE INCOME TREATMENT CODE IN THE RIGHTMOST COLUMN.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido** | | **Nombre** | | **Inicial del segundo nombre** | **Fecha de pago** | **Sucursal** | **Período cubierto** |
|  | |  | |  |  |  |  |
| **BENEFICIOS** | | | | |  | | |
| **A** | **Tipo** | | **Monto** | | **Códigos de tipos de ingresos** | | |
| **B** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **C** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **D** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **E** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **F** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **G** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **H** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **I** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **J** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **K** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **L** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **M** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **N** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
| **O** | *ENTER PAY CODE* | | $ . | |  | | |
|  | **REMARKS:**  *ENTER any PAY CODES listed in REMARKS* | | $ . | |  | | |
|  | **TOTAL** | | $ . | | **Countable income after exclusions and annualizations**  = | | |

**POSSIBLE LUMP SUM PAYMENT**:

**POSSIBLE LUMP SUM PAYMENT**: **PRETEST VERSION**

“¿[NAME] recibe este pago, [PAYCODE], una vez al año, al mes o por otra frecuencia?”

* Una vez al año
* Trimestral
* Una vez al mes
* OTRO: ESPECIFIQUE LA FRECUENCIA

IF FREQUENCY IS ONCE/YEAR OR QUARTERLY, THEN THE AMOUNT WILL BE ANNUALIZED. OTHERWISE ALL AMOUNTS ARE ASSUMED MONTHLY

**POSSIBLE COMBAT PAY: PRETEST VERSION**

FOR EACH POSSIBLE COMBAT PAY CODE, SELECT YES OR NO FOR EACH QUESTION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| ¿[NAME] recibió este pago adicionalmente al pago básico? | 🔾 | 🔾 |
| ¿Este pago es debido a de su asignación a una zona de combate designada? | 🔾 | 🔾 |
| ¿[NAME] solo recibió este pago mientras esté asignado a una zona de combate? | 🔾 | 🔾 |

IF YES TO ALL THREE QUESTIONS, THE PAY WAS COMBAT PAY (AND WILL BE EXCLUDED FROM TOTAL INCOME)

IF NO, TO ANY QUESTION, THE PAY WAS NOT COMBAT PAY AND WILL BE INCLUDED AS INCOME

**Table 3. Military Pay Codes**

| **Code** | **Type of Pay** | **Counts as Income unless noted otherwise** |
| --- | --- | --- |
| AB | Accession bonus | Ask Lump Sum |
| ACIP | Aviation Career Incentive Pay |  |
| ACP | Aviation Continuation Pay |  |
| AIP | Assignment Incentive Pay | Ask Combat Pay |
| ASP | Additional Special Pay |  |
| BAH | Basic Allowance for Housing | if State excludes, Exclude |
| BAS | Basic Allowance for Subsistence |  |
| BAQ | Basic Allowance for Quarters | if State excludes, Exclude |
| Base Pay | Base Pay |  |
| BCP | Board Certified Pay Special Pay |  |
| CCA | Civilian Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| BRA | Basic Replacement Allowance | Ask Lump Sum |
| Continuation Pay | Continuation Pay |  |
| CCCA | Continuing Civilian Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| CCRA | Cash Clothing Replacement Allowance | Ask Lump Sum |
| CEFIP | Career Enlisted Flyer Incentive Pay |  |
| CIP | Combat-related Injury & Rehabilitation | Ask Combat Pay |
| CMA | Clothing Maintenance Allowance or Clothing Allowance |  |
| CONUS COLA | Continental U.S. Cost of Living Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| Combat Duty or Combat Zone Pay | Combat Duty or Combat Zone Pay | EXCLUDE |
| CRA | Clothing Replacement Allowance | Ask Lump Sum |
| CSP | Career Sea Pay |  |
| CSP-P | Career Sea Pay – Premium |  |
| CSRB | Critical Skills Retention Bonus | Ask Lump Sum |
| CVI | Conditional Voluntary Indefinite Status |  |
| DLA | Dislocation Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| Dive Pay | Dive Pay | Ask Combat Pay |
| DSCT Meal | Discount Meal | Exclude, in-kind benefit |
| FDP | Foreign Duty Pay | Ask Combat Pay |
| FLPP | Foreign Language Proficiency Pay | Ask Combat Pay |
| Flight or Fly Pay | Flight or Fly Pay | Ask Combat Pay |
| FSA | Family Separation Allowance | Ask Combat Pay |
| FSH | Family Separation Housing | Exclude, in-kind benefit |
| FSSA | Family Subsistence Supplemental Allowance | EXCLUDE |
| HALO | High Altitude/Low Altitude | Ask Combat Pay |
| HDIP | Hazardous Duty Incentive Pay | Ask Combat Pay |
| HDP – Involuntary Extension | Hardship Duty Pay – Involuntary Extension | Ask Combat Pay |
| HDP – L | Hardship Duty Pay - Location | Ask Combat Pay |
| HDP – M | Hardship Duty Pay – Mission | Ask Combat Pay |
| HFP/IDP | Hostile Fire/Imminent Danger Pay | Ask Combat Pay |
| HFP-L | Hostile Fire Pay - Location | Ask Combat Pay |
| HZD | Hazardous Duty Pay | Ask Combat Pay |
| ICCA | Initial Civilian Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| IDP | Imminent Danger Pay  Note: Can also mean Independent Duty Corpsman | Ask Combat Pay |
| ISP | Incentive Special Pay |  |
| Jump Pay | Jump Pay | Ask Combat Pay |
| LQA | Living Quarters Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| Maternity Clothing Allowance | Maternity Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| MIHA – Miscellaneous | Moving Housing Allowance - Miscellaneous | Exclude, in-kind benefit |
| MIHA – Rent | Moving Housing Allowance – Rent | Exclude, in-kind benefit |
| MIHA – Security | Moving Housing Allowance - Security | Exclude, in-kind benefit |
| MRB | Multiyear Retention Bonus |  |
| MSP | Multiyear Special Pay |  |
| NIB | Nuclear Career Annual Incentive Bonus |  |
| NPAB | Nuclear Power Accession Bonus | Ask Lump Sum |
| Nuclear – Continuation Pay | Nuclear – Continuation Pay |  |
| OEP | Overseas Extension Pay |  |
| OHA | Overseas Housing Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| OCONUS COLA | Overseas Continental United States Cost of Living Allowance | if State excludes, Exclude |
| OTEIP | Army Overseas Tour Extension Incentive Pay |  |
| OVERSEAS COLA | Overseas Cost of Living Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| Overseas Extension Pay | Overseas Extension Pay |  |
| PCCA | Partial Civilian Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| RBMA | Reserve Basic Maintenance Allowance |  |
| SBP | Military Survivor Benefits Plan |  |
| SAVE PAY | Save pay  Note: This can represent many types of pay. Ask questions to determine what the pay is for to see if it counts. Often refers to difference in pay due to accepting a new appointment between new and old pay rates. Likely to be a lump sum. | Caution: ask if lump sum |
| SDAP | Special Duty Assignment Pay | Ask Combat Pay |
| SDIP | Submarine Duty Incentive Pay | Ask Combat Pay |
| Sea Pay | Sea Pay | Ask Combat Pay |
| SEA | Subsistence Expense Allowance |  |
| SEB | Selective Enlistment Bonus | Ask Lump Sum |
| SepRats | Separation Rations |  |
| SMA | Standard or Separate Maintenance Allowance |  |
| Special Duty Pay | Special Duty Pay | Ask Combat Pay |
| Specialty Pay | Specialty Pay | Ask Combat Pay |
| SPO | Split Payment Option  Note: This option allows the person to take an amount from the base pay and put it into the ship ATM for personal use while on board. Base WIC income eligibility on the gross amount before the split allocation. Don’t count the amount sent to the ship account twice. | Caution |
| SR | Separation Rations |  |
| SRA | Standard Replacement Allowance | Ask Lump Sum |
| SRB | Selective Reenlistment Bonus | Ask Lump Sum |
| Standard Initial Clothing Allowance | Standard Initial Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| Submarine Pay | Submarine Pay |  |
| SUPP CMA | Enlisted Supplemental Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| TDYCCA | Temporary Duty Civilian Clothing Allowance | Ask Lump Sum |
| TLE CONUS | Temporary Lodging Expense in US | Exclude, in-kind benefit |
| TLA | Temporary Living Allowance | Exclude, in-kind benefit |
| TLA OCONUS | Temporary Lodging Allowance Outside US | Exclude, in-kind benefit |
| TQSA | Temporary Quarters Subsistence Allowance |  |
| VI | Voluntary Indefinite Status |  |
| VBSS Duty | Maritime Visit, Board, Search & Seizure Duty |  |
| VSP | Variable Special Pay |  |

**ZERO INCOME REPORTED [IF TOTAL INCOME=$0]**

IF APPLICANT DID NOT CLAIM PARTICIPATION IN MEDICAID, SNAP AND/OR TANF; AND IF APPLICANT’S TOTAL FAMILY INCOME =$0; AND IF NO ADULT AGED ≥ 15 WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES, CAPI WILL DISPLAY INTRO AND Z2.

IF APPLICANT DID NOT CLAIM PARTICIPATION IN MEDICAID, SNAP AND/OR TANF; AND IF APPLICANT’S TOTAL FAMILY INCOME =$0; AND IF ANY ADULT AGED ≥ 15 WAS REPORTED TO HAVE SEPARATE FINANCES, CAPI WILL DISPLAY INTRO AND START WITH Z1.

INTRO: “Si entendí sus respuestas correctamente, parece que no tuvo ingresos el [APP\_DATE].

Z1. Usted dice que [NAME] y [NAME] no formaban parte de su familia. ¿[LIST NAMES WHERE Q6=SEPARATE FINANCES], o había alguien que no haya mencionado ayudándole con los gastos del hogar, así como la renta/alquiler/hipoteca, la calefacción o gas, los alimentos en el [CERT\_DATE]?

* Sí GO TO Z1a
* No GO TO Z2

Z1a. “En ese caso, debo preguntarle sobre los ingresos de [NAME]. Piense en los 30 días antes del [CERT\_DATE], es decir, entre el [CERT\_DATE-30] y el [CERT\_DATE-1], ¿[NAME] recibió ingresos de [REPEAT Q9a for NAME FOR EACH TYPE OF INCOME SOURCE]. CAPI WILL PROMPT INTERVIEWER TO CHANGE THE RESPONSE TO Q6 FOR [NAME(S)] TO Q6=1 SO THAT THIS INDIVIDUAL IS COUNTED AS PART OF PARTICIPANT’S FAMILY

**AFTER Z1a GO TO END OF SURVEY**

Z2. “Para mejor entender cómo pagaba los gastos del hogar durante el [MONTH, YEAR OF CERT\_DATE]. ¿Podría indicar si alguna de las siguientes declaraciones era correcta? CHECK ALL THAT APPLY AND ENTER AMOUNT AND DATE IN INCOME SOURCES DOCUMENT FOR RESPONDENT ONLY

|  |  |
| --- | --- |
| * Había solicitado asistencia pública pero no recibí los beneficios o pagos hasta después de [MONTH, YEAR OF CERT\_DATE] (IF NECESSARY: como la Asistencia temporal para familias necesitadas (a veces denominada asistencia pública sociales) o cupones/estampillas de alimentos). | REQUEST AWARD LETTER AND ENTER AMOUNT AND DATE IN Q9 ON PAGE XX, PUBLIC ASSISTANCE  PROVIDED LETTER?: SI/NO |
| * Había solicitado compensación para trabajadores, pero no recibí pagos hasta después de [MONTH, YEAR OF CERT\_DATE]. | REQUEST AWARD LETTER AND ENTER AMOUNT AND DATE IN Q9 PAGE XX, WORKER’S COMPENSATION  PROVIDED LETTER?: SI/NO |
| * Recibí dinero en efectivo de emergencia de un amigo(a), una iglesia, una agencia de servicios sociales o comida de un banco de alimentos. | ENTER AMOUNT IN Q9, OTHER CASH |
| * No pagué los servicios, la renta o la hipoteca |  |
| * Obtuve unos trabajos como cuidado de niños, limpieza de casas u otros servicios a cambio de una reducción en la renta o alimentos. | IN-KIND BENEFITS NOT INCOME |
| * OTRO: “¿Podría explicar cómo pagó los gastos del hogar en aquel momento?”. WRITE IN RESPONSE: \_\_\_\_ | IF R REPORTS ANY INCOME SOURCES RETURN TO Q9  PROVIDED SOURCE?: YES/NO  IF YES LABEL INCOME SOURCE COPY Z2-OTHER |
| * NINGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES |  |

**AFTER Z2 GO TO END OF SURVEY**

#### INCOME PROBE QUESTIONS (POSSIBLE EXCLUSIONS OR LUMP SUMS)

**AT ANY TIME WHILE ASKING PARTICIPANT ABOUT INCOME SOURCES (Q9), THE INTERVIEWER MAY BRING UP A LIST OF THE FOLLOWING POTENTIAL LUMP SUM OR INCOME EXCLUSION QUESTIONS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **If participant is a member of an American Indian Tribe and:** | **ASK/DO** |
| Ingresos del gobierno o de la tribu | “¿Usted recibió estos ingresos como parte de una liquidación de reclamación o un acuerdo entre el gobierno de Estados Unidos y una tribu indígena de Estados Unidos o una Nación? EXCLUDE ANY SUCH INCOME[[4]](#footnote-5)  “¿Estos ingresos es un pago per cápita de un negocio operado por miembros de una tribu indígena de Estados Unidos o una Nación del cual usted pertenece?” ENTER NET AMOUNT UNDER ROYALTIES. ASK “POSSIBLE LUMP SUM” TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED |

| **If participant or income document refers to:** | **ASK/DO** |
| --- | --- |
| Comprobante de vales de elección de vivienda Section 8, asistencia de renta | “¿Es un comprobante de vales de elección de vivienda para asistir con el pago de la renta o hipoteca?” ANY AMOUNT SHOWN ON A HOUSING CHOICE VOUCHER IS NOT COUNTED AS INCOME. DO NOT ENTER AS AN INCOME SOURCE.[[5]](#footnote-6) |
| Vales de cuidado de niño o guardería, o asistencia de cuidado de niño o guardería | EXCLUDE ANY REPORTED PUBLIC ASSISTANCE OR SUBSIDY FOR DAY CARE OR CHILD CARE COSTS[[6]](#footnote-7) |
| Cupones/estampillas de alimentos, Almuerzo gratuito o a un precio reducido en la escuela pública, alimentos del programa de WIC dado por otros participantes del programa de WIC en la familia | EXCLUDE ANY REPORTED PUBLIC ASSISTANCE WITH MEALS OR FOOD, INCLUDING ANY REPORT OF FREE MEALS A CHILD RECEIVES AT SCHOOL, FOOD INSTRUMENTS RECEIVED BY ANY FAMILY MEMBER FROM SNAP, FDPIR, OR WIC.[[7]](#footnote-8) |
| Asistencia de empleo, capacitación de empleo, programa de servicios de empleo, *Job Corps*, *Youth Build,* *American Job Center*, W*orkforce*  *Investment*, *Capacitación de Empleo*, *Career Pathway* | “¿Estos ingresos eran para reembolsarle a usted por el transporte, gastos de cuidado de niño u otros gastos asociados con capacitación de empleo o para  obtener un certificado de equivalencias (GED) o tomar clases de capacitación de empleo?” EXCLUDE REIMBURSEMENTS FOR THESE EXPENSES [[8]](#footnote-9) |
| *Volunteer, AmeriCorps, VISTA* | “¿Estos ingresos se recibieron como un trabajador voluntario de AmeriCorps, AmeriCorps VISTA or AmeriCorps National Civilian Community Corps (NCCC)?”[[9]](#footnote-10) |
| Bonos / comisiones | ASK “POSSIBLE LUMP SUM” TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED |
| Regalías | ASK “POSSIBLE LUMP SUM” TO DETERMINE IF ANNUALIZATION IS NEEDED |
| ¿Alguna mención de asistencia de emergencia debido a un huracán, tornado, tormenta, terremoto, volcán, derrumbe, flujo de lodo, tormenta de nieve, inundación o incendio forestal? | “¿Usted recibió [this] asistencia debido a un desastre natural como un huracán, tornado, tormenta o algun evento similar que fue declarado como un desastre federal? FEMA maintains a list of federal disasters each year: <https://www.fema.gov/disasters/grid/year/2015>. EXCLUDE ANY ASSISTANCE DUE TO FEDERAL DISASTER FROM INCOME SOURCES[[10]](#footnote-11) |
| ¿Alguna mención de la perdida de bienes durante la inundación o huracán? | “Estos ingresos fueron emitidos por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (*FEMA*) o El programa nacional de seguro de inundación (*National Flood Insurance Program)* después de presentar una reclamación por daños de inundación a su hogar? EXCLUDE ANY INCOME DUE TO APPROVED FLOOD DAMAGE CLAIM[[11]](#footnote-12) |
| Pago de veteranos o la asistencia a veteranos discapacitados | “Usted /NAME recibió pagos porque fueron expuestos al químico llamado agente naranja (*Agent Orange*) mientras servía en la guerra de Vietnam o Corea? EXCLUDE ANY AMOUNT DUE TO EXPOSURE TO AGENT ORANGE. INCLUDE ALL OTHER VETERAN’S PAYMENTS[[12]](#footnote-13) |
| Préstamo, préstamo estudiantil | “Estos ingresos forman parte de un préstamo que debe pagar? EXCLUDE ANY LOAN AMOUNT FROM INCOME SOURCES unless the loan is an amount to which the participant has constant access (e.g., regular contributions from someone not in the household)[[13]](#footnote-14) |

Declaración de Privacidad

**Autoridad**: El Código de Regulaciones Federales. §215.11 exige que los directores estatales y locales de la agencia del programa de WIC realicen estudios y evaluaciones.

**Propósito:** La información recopilada es principalmente para el uso del Servicio de Alimentos y Nutrición con fines administrativos y para evaluar el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños.

**Uso Rutinario:** Se ha publicado un sistema de recolección de información en los Avisos de los Sistemas de Documentos, o SORN, por sus siglas en inglés bajo el título, FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports, en el Registro Federal del 25 de abril, 1991, volumen 56, páginas 19078-19080, donde explica los términos de protección que se ofrecerá a los respondientes.

**Divulgación:** Su participación en esta encuesta es voluntaria.

1. Although local agencies may shorten or extend the certification period of a breastfeeding woman up to 30 days if there is difficulty scheduling a certification appointment, this is within the local agency’s discretion. The Denied Applicant Survey analysis will not attempt to determine whether a local agency should have exercised this discretion. [↑](#footnote-ref-2)
2. Although WIC policy guidance indicates that agencies should determine whether or not separate family economic units have “adequate income” to “sustain the economic unit” and that the “actual living and support costs for the economic unit in that environment must be considered,” the guidance does not indicate how agencies should determine these “actual living and support costs” or what threshold relative to these costs would suffice as “adequate.” Because these judgments are inherently subjective, the NSWP-III cannot independently confirm or disconfirm an independent judgment made by staff at a local WIC agency. If a Participant indicates that a resident of the household maintains separate finances, the NSWP-III will treat those persons as economic unit(s) separate from the participant’s economic unit. [↑](#footnote-ref-3)
3. See Table 3 for specific military pay codes and proposed exclusions. WIC regulations allow States to choose whether or not to exclude the military Basic Allowance for Housing (BAH) and Cost-of-living allowance for service members stationed outside the contiguous United States (OCONUS COLA) (See 246.7(2)(d)(iv)(A). WIC regulations require States to exclude from income payments to service members from the Family Supplemental Subsistence Act (FSSA) and combat pay. In the context of military pay, WIC Policy Memorandum 2013-3 indicated that “in-kind benefits, such as military on-base housing or other subsidized housing, medical and dental benefits are services that do not meet the definition of ‘income’ and may not be considered in income eligibility determinations.” [↑](#footnote-ref-4)
4. WIC regulations include income exclusions for multiple types of payments to members of American Indian Tribes from various treaties, agreements or settlements with the U.S. government (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(4, 6, 7, 9, 10, 21, 24-32)). [↑](#footnote-ref-5)
5. WIC regulations include income exclusions for multiple forms of housing assistance to low income individuals (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(1, 22-23) [↑](#footnote-ref-6)
6. WIC regulations include income exclusions for payments, or the value of, child care under the Social Security Act or the Child Care and Development Block Grant programs (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(17-19) [↑](#footnote-ref-7)
7. WIC regulations include income exclusions for the value of food assistance from the National School Lunch Program, the Child Nutrition Act or the Food and Nutrition Act (see 246.7(2)(d)(iv)(D)(8). [↑](#footnote-ref-8)
8. WIC regulations include income exclusions for payments under the Job Training Partnership Act, replaced by the Workforce Investment Act (WIA) and Workforce Investment and Opportunity Act (WIOA). See 246.7(2)(d)(iv)(D)(5). [↑](#footnote-ref-9)
9. WIC regulations exclude payments to domestic volunteers (VISTA is now part of AmeriCorps). See 246.7(2)(d)(iv)(D)(2) [↑](#footnote-ref-10)
10. WIC regulations exclude income from assistance received under the Disaster Relief and Emergency Assistance Amendments of 1989, now the Robert T. Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act. See 246.7(2)(d)(iv)(D)(13) [↑](#footnote-ref-11)
11. WIC regulations exclude income from assistance to property owners under the National Flood Insurance Program (246.7(2)(d)(iv)(D)(34). [↑](#footnote-ref-12)
12. WIC regulations exclude income to certain veterans from the Agent Orange Compensation Exclusion Act ((246.7(2)(d)(iv)(D)(15)) [↑](#footnote-ref-13)
13. WIC regulations exclude loans (246.7(2)(d)(iv)(C)). [↑](#footnote-ref-14)