

ATTACHMENT C.2
REGISTRATION DOCUMENT
SPANISH

SNAP E&T Pilots

Registration Document

Spanish

Declaración de Carga Pública

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que tenga a la vista un número de control vigente de OMB. El número de control vigente para esta recopilación de información es 0584-0604. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta recopilación de información es de 12 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios acerca de la precisión de la estimación a Food and Nutrition Service, U.S. Department of Agriculture, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302.

CONTACT INFO:

1. Nombre del participante:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

2a. En los últimos 3 años, ¿ha usado algún otro nombre”?

Sí.....1

No.....0 GO TO Q3

2b. Por favor escriba cualquier otro nombre que ha estado usando para identificarse durante los últimos 3 años (incluyendo nombre de soltera):

Nombre:

Apellido:

Nombre:

Apellido:

3. ¿Cuál es su dirección actual?

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

No tiene dirección

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

MES DÍA AÑO

5. Número de Seguro Social:

6. Género

- Masculino.....1
- Femenino.....2
- Otro (Especifique).....3

7. Número de teléfono fijo:

- No tiene

7a. ¿A nombre de quién está ese teléfono?

- A mi nombre.....1
- A nombre de otro (ESPECIFIQUE).....2

Nombre:

Apellido:

8. Número de teléfono celular:

- No tiene – GO TO Q9

8a. ¿Tenemos su permiso para notificarle por mensaje de texto acerca de futuras encuestas para este estudio piloto?

- Sí.....1
- No.....0

9. Dirección de correo electrónico:

- No tiene

DEMOGRAPHIC AND WELL-BEING INFORMATION:

10. ¿Es usted...

- De origen hispano o latino..... 1
- De origen no hispano o latino..... 0

11. Por favor elija una o más razas con las que usted se identifica.

Seleccione todas las que corresponden

- Indio-Americano o nativo de Alaska..... 1
- Asiático 2
- Negro o Africano-Americano..... 3
- Nativa de Hawái u Otra de la Islas del Pacífico, o..... 4
- Blanco..... 5

12. ¿Cuál es su idioma materno?

Seleccione sólo una

- Inglés..... 1
- Español..... 2
- Otro (ESPECIFIQUE)..... 3

GO TO Q13

12a. ¿Qué tan bien diría que habla inglés? ¿Diría...

- Muy bien..... 1
- Bien..... 2
- No bien, o..... 3
- Nada?..... 4

13. En este momento, ¿está usted...

Seleccione sólo una

- Casado(a)..... 1
- Viviendo con alguien como casados..... 2
- Separado(a),..... 3
- Divorciado(a),..... 4
- Viudo(a), o 5
- Nunca se casó?..... 6

14. ¿Cuál es el grado o título más alto que ha obtenido?

Seleccione sólo una:

- Menos del 8º grado.....1
- 8º a 12º grado pero sin diploma.....2
- Diploma de Equivalencia General (GED por sus siglas en inglés)3
- Diploma de secundaria4
- Certificado de Educación Básica de Adultos (ABE).....5
- Algo de universidad pero sin título.....6
- Título o certificado vocacional/técnico.....7
- Título/ Certificado de Negocios.....8
- Título de Asociado.....9
- Título de Bachillerato o Equivalente (BA/BS).....10
- Título de Maestría (MA, MS) o más (MD, Ph.D).....11
- OTRO (ESPECIFIQUE).....12

14a. En general, ¿diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o pobre?

- Excelente.....1
- Muy Buena.....2
- Buena.....3
- Más o menos, o.....4
- Pobre.....5

HOUSEHOLD COMPOSITION:

15. Includyéndose a usted, ¿cuántas personas viven con usted? (Por favor incluya bebés, niños pequeños, personas que no son sus parientes, y personas que están temporalmente ausentes.)
 (NÚMERO DE PERSONAS VIVIENDO CON USTED INCLUYÉNDOSE USTED)
16. ¿Comparten todas las personas que viven con usted la comida que se compra para el hogar?
 Sí.....1 GO TO 18
 No.....0
17. Includyéndose a usted, ¿cuántas personas en su casa comparten la comida que se compra para el hogar?
 (NÚMERO DE PERSONAS EN SU CASA QUE COMPARTEN LA COMIDA CON USTED, INCLUYÉNDOSE A USTED)
18. Y (de esas personas), ¿cuántas son niños de 18 años o menos?
 (NÚMERO DE NIÑOS DE 18 AÑOS O MENOS)

EMPLOYMENT HISTORY:

19. ¿Ha trabajado por pago alguna vez? Por favor incluya empleo por cuenta propia.
 Sí.....1
 No.....0 GO TO 25a
20. ¿Está trabajando actualmente por cuenta propia o por pago?
 Sí.....1 GO TO 22
 No.....0
21. ¿En qué mes y año terminó su último trabajo?

MES AÑO

Las siguientes preguntas son acerca de su trabajo actual o más reciente. (Si tiene más de un trabajo en este momento, o tuvo más de un trabajo recientemente, proporcione respuestas acerca del trabajo con más horas.)

22. ¿Cuál es el nombre de la empresa donde trabaja actualmente o trabajó más recientemente?

 Trabajando por cuenta propia.....1
- 22a. ¿Cuál (es/era) su título?

23. ¿Cuáles son (o eran) sus tareas principales en esta empresa? Por favor sea específico.

24. IF CURRENTLY WORKING, OR DATE LAST JOB ENDED IS LESS THAN 5 YEARS: ¿Cuántas horas por semana trabaja (o trabajó) en general en su trabajo principal?

(HORAS POR SEMANA) - GO TO Q25

Varía/No sabe.....1

24a. ¿Cuántas horas trabajó durante la última semana que trabajó?

(HORAS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA EN QUE TRABAJÓ)

24b. IF 24a=DK: ¿Diría que trabajó....

- Menos de 20 horas a la semana,.....1
- Entre 20 y 29 horas a la semana,.....2
- Entre 30 y 39 horas a la semana,.....3
- Entre 40 y 49 horas a la semana, o.....4
- 50 o más horas a la semana?.....5

25. IF CURRENTLY WORKING, OR DATE LAST JOB ENDED IS LESS THAN 5 YEARS: ¿Cuál fue su sueldo más reciente, antes de impuestos y deducciones en su trabajo principal? IF RATE OF PAY VARIES, PROBE FOR AVERAGE RATE OF PAY

POR

Seleccione solo una

- Hora.....1
- Semana.....2
- Cada quincena.....3
- Dos veces al mes.....4
- Una vez al mes.....5
- Año.....6
- Otro (ESPECIFIQUE).....7

25a. ¿Cuál es la razón principal por la que usted (nunca ha trabajado/no está trabajando ahora)?

Seleccione solo una

- No pudo conseguir trabajo o escasez de trabajos en el área.....1
- Falta de educación, capacitación, habilidades o experiencia.....2
- No pudo llevarse bien con supervisor o compañeros de trabajo.....3
- Problemas físicos o de salud mental;.....4
- Abuso de alcohol o sustancias.....5
- Responsabilidades familiares; cuidar a niños, cónyuge, o padres.....6
- Asistiendo a la escuela.....7
- Problemas de transporte (falta de automóvil o de transporte público).....8
- Antecedentes penales.....9
- Eligió no trabajar.....10
- OTRA (ESPECIFIQUE).....11

OTHER PROGRAM RECEIPT:

26. ¿Recibe usted, o alguien en su hogar, asistencia de alguno de los siguientes programas?

Seleccione todas las que corresponden

- SNAP (Cupones de Alimentos) también conocido como [STATE SNAP NAME].....1
- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) también conocido como [STATE TANF NAME].....2
- Medicaid.....3
- Asistencia General.....4
- Compensación por Desempleo.....5
- SSI o SSDI (Seguridad de Ingreso Suplementario/Seguro Social por Incapacidad).....6
- Sección 8 o Asistencia con Vivienda Pública.....7
- WIC (Programa de alimento para Mujeres, Infantes, y Niños).....8
- Otro (ESPECIFIQUE).....9

- Ninguno.....0 **GO TO 28**

IF SNAP NOT SELECTED,
GO TO Q28

27. IF CURRENTLY RECEIVING SNAP: **Antes de empezar a recibir beneficios SNAP esta última vez, ¿había participado alguna vez en SNAP antes?**

- Sí.....1
- No.....0

28. Por favor proporcione el nombre, dirección, correo electrónico y número de teléfono(s) de dos parientes cercanos o amigos que no viven con usted, pero que es probable sepan cómo podremos comunicarnos con usted el próximo año. Sólo nos pondremos en contacto con estas personas si no podemos comunicarnos con usted directamente.

PERSONA 1:

Nombre:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Dirección:

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono:

(FIJO)

(MÓVIL)

Dirección de correo electrónico:

¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona con usted?

- Padre/Madre..... 1
- Abuelo/a..... 2
- Hijo/a 3
- Hermano/a..... 4
- Amigo/ vecino..... 5
- Empleador..... 6
- Otro (ESPECIFIQUE)..... 7

PERSONA 2:

Nombre:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Dirección:

Calle 1:

Calle 2:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

(FIJO)

(MÓVIL)

Dirección de correo electrónico:

¿Cuál es la relación o parentesco de esa persona con usted?

- Padre/Madre.....1
- Abuelo/a.....2
- Hermano/a.....3
- Amigo/Vecino.....4
- Empleador.....5
- Otro (ESPECIFIQUE).....6

FOR COUNSELOR USE ONLY:

Likely to be assigned to following track:

Track A (FILL SITE-SPECIFIC INFO)

n/a —Very likely —Somewhat Likely —Somewhat Unlikely —Very Unlikely

Track B (FILL SITE-SPECIFIC INFO)

n/a —Very likely —Somewhat Likely —Somewhat Unlikely —Very Unlikely

Track C (FILL SITE-SPECIFIC INFO)

n/a —Very likely —Somewhat Likely —Somewhat Unlikely —Very Unlikely

Track D (FILL SITE-SPECIFIC INFO)

n/a —Very likely —Somewhat Likely —Somewhat Unlikely —Very Unlikely