

Attachment 4b

2019 NSECE Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

August 2018



NATIONAL SURVEY OF **EARLY CARE & EDUCATION** | **2019**

*Home-Based Provider Questionnaire –
Spanish*

(revised August 2018)

HOME-BASED PROVIDER QUESTIONNAIRE

Gracias por tomar esta encuesta que está siendo realizada por el Centro Nacional de Estudios de Opiniones (National Opinion Research Center - NORC) de la Universidad de Chicago para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta encuesta ha sido diseñada para estudiar las experiencias de personas que cuidan de niños menores de 13 años en el hogar de otra persona. Este estudio ha sido diseñado para ayudar al gobierno y a los proveedores de cuidado de niños a entender y apoyar mejor los servicios de cuidado de niños que más se necesitan en su zona.

Debió haber recibido un número de identificación personal (PIN) y una contraseña por correo regular o electrónico. Ingréelos en los campos correspondientes a continuación y luego haga clic en el botón "Continuar" ("Continue").

Esta entrevista toma aproximadamente [no listado: 20 minutos/listado: 40 minutos] y su participación es voluntaria. Usted tiene la opción de no contestar cualquier pregunta que no desee contestar o puede terminar la entrevista en cualquier momento. Todo el personal asociado con esta encuesta debe firmar un documento legal mediante el cual se comprometen a proteger la privacidad de la información recopilada en la encuesta. Hemos establecido sistemas para proteger su identidad y mantener sus respuestas privadas. La posibilidad de que su información personal se diera a conocer por error es muy baja. Por ese motivo, evitamos hacer preguntas que pudieran causarle dificultades. Además, este estudio cuenta con un Certificado Federal de Confidencialidad. Esto significa que nadie nos puede forzar a revelar información sobre su identidad personal ante un tribunal.

Los datos recopilados en este estudio se usarán solo para fines de estadística, de manera que ninguna persona individual u organización podrán ser identificadas directa o indirectamente en los hallazgos de la investigación. Identificadores como su nombre, el nombre de su organización o bien direcciones se considerarán privados y solo los podrán acceder el personal autorizado, asociado con este estudio para los fines de investigación del estudio.

De ser necesario, puede hacer clic en el botón 'ANTERIOR' para regresar y cambiar sus respuestas. Si hace clic en 'DETENER' se guardarán sus respuestas y eso le permitirá regresar a la última pregunta que respondió cuando vuelva a acceder al cuestionario.

Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, la recopilación de información a menos que se muestre un número de control de la OMB válido. El número de la OMB para esta recolección de información es el 0970-0391 y la fecha de caducidad es MM/DD/AAAA. Sírvase transmitir comentarios relacionados con el tiempo que toma completar esta encuesta o con cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a: [El nombre y la dirección se añadirán].

Section A. Location of Care

/*do we have an address on file? If yes, ask A1. Else skip to A1a.*/

A1.

Nuestros registros indican que su dirección residencial es (ADDRESS). ¿Es correcto?

- 1 Sí → (SKIP TO A1A1_M)
- 2 No → (ASK A1a)
- 99 DK/REF/BLANK → (ASK A1a)

A1a.

[IF NO ADDRESS ON FILE, READ INTRO, ELSE ASK QUESTION BELOW: Vamos a entrevistar a hogares y proveedores de cuidado de niños en varias zonas de todo el país. Para asegurarnos de que sus datos se combinen con los de otras personas en su zona local, tengo que asegurarme de que tengo su dirección correcta.]

¿Cuál es su dirección correcta?

Dirección
residencial

Ciudad

Estado

Código
postal

If SAMPSRCE=LISTED, ASK A1A1_M. ELSE IF SAMPSRCE=UNLISTED, ASK A1A1

A1A1.

¿Cuida a niños menores de 13 años de edad que no son hijos suyos? THIS QUESTION CONFIRMS ELIGIBILITY. INTERVIEWER PROBE BEFORE SELECTING "NO".

- 1 Sí (GO TO A1C1)
- 2 No (GO TO A1B2)
- 3 DK/REF (GO TO A1B2)

A1A1_M.

THIS QUESTION CONFIRMS ELIGIBILITY. INTERVIEWER PROBE BEFORE SELECTING "NO". ¿Provee cuidado con paga a niños menores de 13 años que no son hijos suyos durante por lo menos 5 horas cada semana?

- 1 Sí → SKIP TO A1C1
- 2 No → ASK SCR_N_2

3 DK/REF/Blank → (ASK A1B2)

A_SCRN_2.

¿Le han pagado alguna vez por cuidar regularmente a niños menores de 13 años que no eran hijos suyos? (Con regularmente queremos decir al menos 5 horas cada semana.)

1 Sí (ask A_SCRN_3)

2 NO (GO TO A1B2)

A_SCRN_3.

¿En qué mes y año proporcionó regularmente cuidado con paga a niños menores de 13 años que no eran hijos suyos?

____ Mes ____ Año

A_SCRN_4.

¿Cuánto aportaron los siguientes asuntos a su decisión de dejar de proveer cuidado regular con paga a niños pequeños?

Mucho Algo Nada

A. Motivos financieros

B. Dificultades para cumplir con los reglamentos y requisitos

C. No pensaba que ayudaba a los padres y los niños

A1B2.

Muchas gracias por su tiempo. Es todo por el momento. TERMINATE THE INTERVIEW AND DISPOSITION THIS CASE AS INELIGIBLE.

A1C1.

¿Cómo describiría la ubicación donde cuida a los niños? ¿Es su hogar, el hogar de un niño al que cuida, otro tipo de edificio o el lugar cambia?

1 SU HOGAR

2 EL HOGAR DEL NIÑO

3 OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE: _____)

4 EL LUGAR CAMBIA

Section B. Care Schedule and Rostering of Children If Small Provider

B1.

Durante la encuesta, usaremos las palabras “cuidar de niños” “cuidar a niños” y “proporcionar cuidado infantil” indistintamente. A continuación, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado que proporcionó la semana pasada a niños *que no son sus hijos*.

En total, ¿cuántos niños cuidó la semana pasada? Incluya a los niños que viven con usted que no se encuentran bajo su tutela o custodia. Incluya también a los niños que estuvieron de visita, si usted era el adulto responsable por la seguridad de esos niños.

Número de niños
RANGE: 0 TO 999.

B1A.

¿Además de los niños que acaba de mencionar, ¿a cuántos niños **generalmente** cuida por lo menos cinco horas a la semana pero no los cuidó la semana pasada? Incluya a todos los niños que cuidó por lo menos cinco horas a la semana.

Número de niños
RANGE: 0 TO 999

B1B.

En total, ¿fueron [SUM OF b1 AND B1A] niños distintos que cuidó la semana pasada O BIEN, a los que generalmente cuida cinco horas o más a la semana?

- 1 Sí →(GO TO B2_M)
2 No →(GO TO B1C)

B1C.

(if B1B=2) POR FAVOR USE LA FECHA HACIA ATRÁS PARA CORREGIR EL NÚMERO DE NIÑOS QUE CUIDÓ LA SEMANA PASADA O QUE USUALMENTE CUIDA (PERO QUE NO CUIDÓ LA SEMANA PASADA)

If SUM OF (B1 AND B1A) LESS THAN FOUR, ASK B2. ELSE IF SUM OF (B1 and B1A) IS FOUR OR GREATER, GO TO C1D

B2_M.

Anote las iniciales de cada niño que cuidó la semana pasada.

B3_M.

Proporcione las iniciales de cada niño que cuida generalmente al menos 5 horas por semana, pero que no cuidó la semana pasada.

BEGINNING WITH CHILD 1, ASK B2a/B3a-B26 FOR EACH CHILD UNTIL ALL CHILDREN ASKED ABOUT.

ROSTER OF CHILDREN IN SMALL HOME-BASED PROGRAMS.

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.												
B4. ¿Cuántos años tiene [CHILD INITIALS]?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Años</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Años</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Años</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses	
Años															
Meses															
Años															
Meses															
Años															
Meses															
B2a/B3a. PROGRAMMER NOTE: PLEASE CODE WHETHER CHILD IS CARED FOR 'LAST WEEK' OR A 'REGULAR CARE'. IF CHILD NAME IS PROVIDED IN B2 THEN CODED AS 'LAST WEEK'. IF CHILD NAME IS PROVIDED IN B3, CODE IT AS 'REGULAR'	1 <input type="checkbox"/> La semana pasada 2 <input type="checkbox"/> Regularmente (no la semana pasada)	<input type="checkbox"/> La semana pasada 2 <input type="checkbox"/> Regularmente (no la semana pasada)	<input type="checkbox"/> La semana pasada 2 <input type="checkbox"/> Regularmente (no la semana pasada)												
B6. ¿Vive usted con [CHILD INITIALS/CHILD AGE] en la misma vivienda?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No												
[IF B6=1, GO TO INSTRUCTION BEFORE B8. ELSE ASK B7] B7. ¿Tenía una relación personal previa con la familia de [CHILD INITIALS/CHILD AGE]'s antes de que empezara a cuidar de (él/ella)?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (B8) 3 <input type="checkbox"/> NS	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (B8) 3 <input type="checkbox"/> NS	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (B8) 3 <input type="checkbox"/> NS												

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
<p>B7a_M. [IF YES or DK to B7] ¿Cuál es su relación personal con [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/ novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/ novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/ novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____</p>
<p>B7b.ii. [IF B7a_M= 2] Entonces, ¿ [CHILD INITIALS/CHILD AGE] es su nieto/a?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>(B8. Indique cuántas horas cuidó de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] el lunes de la semana pasada. Para cada período de cuidado,</p>	<p>Hora de inicio: Período 1: Período 2:</p>	<p>Hora de inicio: Período 1: Período 2:</p>	<p>Hora de inicio: Período 1: Período 2:</p>

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
<p>indique la hora de comienzo y la hora de término a continuación. Si cuidó de un niño varias veces el mismo día, indique cada sesión de cuidado por separado.</p> <p>DISPLAY CHECK BOX "DIDN'T CARE THAT DAY"</p> <p>B8D2. A veces, el horario de un niño en un día específico es distinto a su horario regular para ese día de la semana.</p> <p>Pensando en el horario de [CHILD INITIALS/AGE] la semana pasada, ¿hubo algún otro día la semana pasada en que el horario fue idéntico al del lunes pasado?</p> <p>B8C. ¿Fue el horario de [CHILD 2 INITIALS/CHILD 2 AGE] el lunes pasado igual al horario del lunes de otro niño?</p> <p>B8C1. ¿Cuál niño tuvo el mismo horario el lunes?</p>	<p>Hora de término:</p> <p>Slot 1:</p> <p>Slot 2:</p> <p>[CHILD INITIALS/CHILD AGE 1] <input type="checkbox"/> Idéntico <input type="checkbox"/> Algunas diferencias</p> <p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p>	<p>Hora de término:</p> <p>Slot 1:</p> <p>Slot 2:</p> <p>[CHILD INITIALS/CHILD AGE 2] <input type="checkbox"/> Idéntico <input type="checkbox"/> Algunas diferencias</p> <p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> [INITIALS/</p>	<p>Hora de término:</p> <p>Slot 1:</p> <p>Slot 2:</p> <p>[CHILD INITIALS/CHILD AGE 3] <input type="checkbox"/> Idéntico <input type="checkbox"/> Algunas diferencias</p> <p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN <input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> [INITIALS/AGE for child 1]</p>

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
		AGE for child 1]	2☐[INITIAL/AGE for child 2]
B9. ¿Tiene [CHILD INITIALS/CHILD AGE] un padecimiento físico que influye en la manera en que cuida de (él/ella)?	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No
B10. ¿Tiene [CHILD INITIALS/CHILD AGE] un padecimiento emocional, de desarrollo o de conducta que influye en la manera en que cuida de (él/ella)?	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No
B11. ¿Es [CHILD INITIALS/CHILD AGE] hispano o latino?	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No	1☐ Sí 2☐ No
B12_M. Especifique la raza de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] entre las siguientes: Seleccione una o más.	1☐ Blanca 2☐ Negra 3☐ Asiáticos 4☐ De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____	1☐ Blanca 2☐ Negra 3☐ Asiáticos 4☐ De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____	1☐ Blanca 2☐ Negra 3☐ Asiáticos 4☐ De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____
B13. ¿Habla [CHILD INITIALS/CHILD AGE] otro idioma que no sea inglés en su hogar?	1☐ Sí 2☐ No→(B17)	1☐ Sí 2☐ No→(B17)	1☐ Sí 2☐ No→(B17)
B13b.	1☐ Inglés 2☐ Español	1☐ Inglés 2☐ Español	1☐ Inglés 2☐ Español

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
[IF YES TO B13] ¿Qué idioma usa principalmente cuando está con [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	3 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/>	3 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/>	3 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/>
B13c. [IF B7A_M =4 or 5] ¿Necesita ayuda para hablar con los padres de [CHILD INITIALS/CHILD AGE]'s porque hablan idiomas distintos?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
(IF B2a/B3a=1 LAST WEEK) B17. ¿Cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente es decir, por lo menos cinco horas a la semana? IF B17=2, SKIP TO B22	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22)
(IF B2a/B3A=2 REGULAR, or B17=1 YES) B18. ¿Cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] conforme al mismo horario cada semana?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
(IF B2a/B3A=2 REGULAR and B18=1) B19. ¿Cuál es ese horario? Comenzando con el lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo (FECHA) a las 6 de la mañana, ¿cuándo cuidó generalmente a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue.	1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue.	1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue.

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
<p>Es el horario del lunes idéntico al de otro día de la semana? CHECK ALL THAT APPLY</p> <p>1. MARTES 2. MIÉRCOLES 3. JUEVES 4. VIERNES 5. SÁBADO 6. DOMINGO</p>	<p>___ a ___ ___ a ___</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___</p>	<p>___ a ___ ___ a ___</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___</p>	<p>___ a ___ ___ a ___</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___</p>
<p>(IF B2a/B3A=2 REGULAR, AND B18=2)</p> <p>B20. ¿Cuántas horas generalmente cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p>	<p>_____ hours cada 1 <input type="checkbox"/> semana 2 <input type="checkbox"/> 2 semanas 3 <input type="checkbox"/> mes 4 <input type="checkbox"/> varía</p>	<p>_____ hours cada 1 <input type="checkbox"/> semana 2 <input type="checkbox"/> 2 semanas 3 <input type="checkbox"/> mes 4 <input type="checkbox"/> varía</p>	<p>_____ hours cada 1 <input type="checkbox"/> semana 2 <input type="checkbox"/> 2 semanas 3 <input type="checkbox"/> mes 4 <input type="checkbox"/> varía</p>
<p>[if B20= 4 (VARIES)]</p> <p>B21. ¿Cuida de él/ella conforme al horario de trabajo de uno de sus padres, cuando el proveedor de cuidado regular no está disponible o en otros momentos?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres 2 <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible 3 <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres 2 <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible 3 <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres 2 <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible 3 <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos</p>

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.																								
<p>B22. 1 Month: 1-12, Year: 1997-2018 2. Month: 0-12 and Year: 0-12</p> <p>¿En qué año y mes comenzó a cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente por primera vez? Si no recuerda el año o mes exactos de cuándo comenzó a cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente por primera vez, indique la edad del niño cuando comenzó a cuidar de él/ella.</p> <p><input type="checkbox"/> HAVE NEVER CARED REGULARLY FOR CHILD</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ↓</p> <table border="1" data-bbox="656 449 800 548"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table> <p>or</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓</p> <table border="1" data-bbox="656 663 800 762"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table>	Mes		Año		Mes		Año		<p>1 <input type="checkbox"/> ↓</p> <table border="1" data-bbox="894 449 1039 548"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table> <p>or</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓</p> <table border="1" data-bbox="894 663 1039 762"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table>	Mes		Año		Mes		Año		<p>1 <input type="checkbox"/> ↓</p> <table border="1" data-bbox="1118 449 1263 548"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table> <p>or</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓</p> <table border="1" data-bbox="1118 663 1263 762"> <tr><td>Mes</td><td></td></tr> <tr><td>Año</td><td></td></tr> </table>	Mes		Año		Mes		Año	
Mes																											
Año																											
Mes																											
Año																											
Mes																											
Año																											
Mes																											
Año																											
Mes																											
Año																											
Mes																											
Año																											
<p>B23. ¿Por lo general se le paga por cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]? [If b23=No/dk/ref, then skip to b25]</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>																								
<p>B24. [IF B23=YES] ¿Cuánto cobra a los padres de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] por cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p>	<p>\$ <input type="text"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro</p> <p><input type="text"/></p>	<p>\$ <input type="text"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro</p> <p><input type="text"/></p>	<p>\$ <input type="text"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro</p> <p><input type="text"/></p>																								
<p>B24B. ¿Recibe usted un pago reducido del padre/la madre/el tutor porque también recibe pagos de otra persona, grupo o agencia pública o privada en nombre del niño?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>																								

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
<p>[IF B24B=1]</p> <p>B24C.</p> <p>¿Qué persona, agencia o grupo le compensa el descuento o subsidio? SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN. (INTERVIEWER: USE CATEGORIES TO PROBE AS NEEDED.)</p> <p>1. HEAD START, INCLUIDO EARLY HEAD START</p> <p>2. GOBIERNO LOCAL (P.EJ. FINANCIAMIENTO PREESCOLAR DE LA JUNTA ESCOLAR LOCAL O DE OTRA AGENCIA LOCAL, BECAS O "GRANTS" DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD O DEL CONDADO)</p> <p>3. PROGRAMAS DE SUBSIDIO DE CUIDADO INFANTIL COMO CCDF O TANF (ENTRE ELLOS VALES/CERTIFICADOS, CONTRATOS ESTATALES)</p> <p>4. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (P.EJ., UNITED WAY, ORGANIZACIONES CARITATIVAS LOCALES U OTRAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS, SIN INCLUIR LAS QUE YA MENCIONÓ ANTERIORMENTE)</p> <p>5. OTROS TIPOS DE PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO, ENTRE ELLOS EL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN "CHILD CARE AND ADULT FOOD PROGRAM"</p> <p>6 <input type="checkbox"/> OTRO FAMILIAR O INDIVIDUO</p>			
<p>B25. ¿Recibe (además) algo a cambio de</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>

B2/B3. Iniciales	1.	2.	3.
cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]? Por ejemplo, ¿la familia de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] le compra comestibles, proporciona su transporte, cuida de sus hijos o hace pequeñas tareas de reparación para usted a cambio de cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?			
[If B25 =1] B26. ¿Lo recibe regularmente o solo de vez en cuando?	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENTE 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENT E 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENTE 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA

B27.

[IF B7=1 FOR ALL CHILDREN] ¿Estaría dispuesto/a a cuidar regularmente a un niño con quien no tuviera una relación personal previa?

- 1 Sí
- 2 No

B28.

En este momento, ¿a cuántos niños más estaría dispuesto/a y sería capaz de cuidar regularmente?

Range: 0-999

IF SUM OF (B1 AND B1A) IS 4 OR GREATER, GO TO C1D. ELSE SKIP TO C14

Section C: Enrollment

C1D.

Este estudio está centrado en el cuidado en general y el cuidado después del horario escolar, de niños menores de 13 años. En la medida que sea posible, concéntrese en niños menores de 13 años en el resto de este cuestionario.

C1.

A continuación hay preguntas sobre los niños que usted cuida.

Grupo de edades	C1A: ¿A cuántos niños de cada uno de los siguientes grupos de edades cuida usted? Range: 0-999 for each age group.	C1A2 ¿Cuántas horas considera usted inscripción de tiempo completo para este grupo de edades?	C1A1 ¿Cuántos niños de este grupo de edades están inscritos actualmente a tiempo completo?	C1B. En este momento, ¿cuántas vacantes tiene en este grupo de edad? Range: 0-999
Menores de 3 años		___ Horas 1 Sin definición de 'tiempo completo' (skip to C1b_M)		
3 a 5 años de edad, aún no asisten a Kindergarten		___ Horas 1 Sin definición de 'tiempo completo' (skip to C1b_M)		
Edad escolar (Kindergarten y mayores)		___ Horas 1 Sin definición de 'tiempo completo' (skip to C1b_M)		
TOTAL				

Range: 0-999 for the total

C1C.

Esto quiere decir que usted cuida actualmente a [FROM C1A: TOTAL CHILDREN UNDER AGE 13] niños menores de 13 años. ¿Es correcto?

- 1 Sí
- 2 No → (RETURN TO C1A AND CORRECT NUMBERS)

WEB RESPONDENTS; SHOW AN ERROR MESSAGE “Por favor corrija el número de niños que usted cuida en cada grupo de edad. Si no puede corregir por grupo de edad, por favor ingrese el total correcto en la casilla del total.”

IF CORRECTION NOT POSSIBLE, RECORD CORRECT TOTAL HERE:

C4.

¿Cuántos de los niños que usted cuida tienen un padecimiento físico que influye en la manera en que cuida de ellos?

 Número de niños

Range: 0-999

C5. ¿Cuántos de los niños tienen un padecimiento emocional, de desarrollo o de conducta que influye en la manera en que cuida de ellos?

 Número de niños

Range: 0-999

C6.

Pensando nuevamente en todos los niños que cuida regularmente, ¿más o menos cuántos niños son de origen hispano o latino?

 Número de niños

Range: 0-999

C7_M

Que usted sepa, ¿cuántos de los niños que no son hispanos o latinos son ...

Categoría	Número de niños
a. Blancos	
b. Negros o afroamericanos	
c. Asiáticos	
d. De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a	

C8_M

¿A cuántos niños cuida generalmente ...

	Number
a. 20 horas o menos?	1 <input type="checkbox"/>
b. de 21 a 39 horas a la semana?	1 <input type="checkbox"/>
c. 40 horas o más a la semana?	1 <input type="checkbox"/>

C9.

¿Vive en la misma vivienda de alguno de los niños que cuida regularmente? No incluya a los niños que están bajo su custodia, pero incluya a los nietos, nietas, sobrinas, sobrinos o a niños que no guardan parentesco con usted y que no están bajo su custodia. Debe contar aquí a los hijos suyos que no están bajo su custodia.

- 1 Sí → (ASK C9a)
 2 No → (GO TO C10)

C9a.

¿Cuántos de los [NUMBER FROM C1A/C1C] niños que cuida regularmente viven en la misma vivienda de usted?

Número de niños

Range: 0-999

C10.

¿Guarda algún parentesco con alguno de los niños que cuida regularmente?

- 1 Sí → (ASK C10a_M)
- 2 No → (GO TO C11_M)

C10a_M

¿Cuántos de estos niños son sus..

Parentesco	Número de niños
Nietos/as	
Sobrino/a	
Hijo de cónyuge/pareja/novio o novia	
Un hijo que no está bajo su custodia	
Primo/a	
Otro pariente por consanguinidad	
Amigo de la familia	
No está emparentado	
Otro parentesco _____	

Range: 0-999

[IF (C1a - sum of (C10a_M) < 3) ASK C10b. ELSE GO TO C11_M]

C10b.

¿Guarda algún parentesco con TODOS los niños que cuida regularmente?

- 1 Sí → (GO TO C12)
- 2 No

C11_M.

Piense en los niños que cuida, pero con quienes no tiene ningún parentesco. ¿Tenía una relación personal con alguna de sus familias antes de que comenzara a cuidar de ellos?

- 1 Sí
- 2 No (SKIP TO C12)

C11a_M

¿Cuántos niños hay con cuyas familias tenía una relación personal anterior, pero con quienes no está emparentado/a?

Número de niños

Range: 0-999

[IF DIFFERENCE BETWEEN "C11a_M + sum of (C10a_M)" and "C1a" < 3, GO TO C11b. IF DIFFERENCE >= 3, GO TO C12.]

C11b.

Entonces, ¿guarda algún parentesco o tenía una relación personal previa con TODOS los niños que cuida?

- 1 Sí
- 2 No

C12.

¿Recibe pago por cuidar a todos los [NUMBER FROM C1A/C1C] niños que cuida? Incluya los pagos de los padres y familiares así como de las agencias del gobierno u otras organizaciones.

- 1 Sí → (SKIP TO C12C)
- 2 No → (ASK C12a)

C12a.

¿A cuántos niños cuida por quienes no recibe pago regularmente?

Número de niños

Range: 0-999

C_relall_nopay ¿Está usted emparentado/a con todos los niños a los que cuida sin recibir paga regular?

- 1 Sí
- 2 No

[IF C12a GREATER THAN OR EQUAL TO TOTAL FROM C1A, ASK C12B. ELSE GO TO C14]

C12b.

Entonces, usted no recibe pago regular por ninguno de los niños que cuida actualmente, ¿es correcto?

- 1 Sí → (go to C13)
- 2 No → (ASK c12c)

C12C.

¿Cobra usted la misma tarifa a todas las familias, o tiene tarifas distintas?

- 1 UNA TARIFA (ASK C12C_2 WITH NO AGE-GROUP SPECIFIED)
- 2 TARIFAS DISTINTAS (ASK C12C1)

C12C1.

¿Tiene usted una tarifa que cobra a las familias por cuidado a tiempo completo (o un máximo de horas de cuidado) según las edades siguientes?...

- a. ¿Bebés de menos de 12 meses de edad?
 TIENE UNA TARIFA NO HAY TARIFA DISPONIBLE
- b. ¿2 años de edad? TIENE UNA TARIFA NO HAY TARIFA DISPONIBLE
- c. ¿4 años de edad? TIENE UNA TARIFA NO HAY TARIFA DISPONIBLE
- d. ¿Niños de edad escolar? TIENE UNA TARIFA NO HAY TARIFA DISPONIBLE

[ASK C12C_2 THROUGH C12C_8B FOR EACH AGE GROUP MARKED 'HAVE A RATE' IN C12C1]

C12C_2.

¿Cuál es la tarifa más alta que cobra actualmente a las familias por cuidado a tiempo completo de [AGE GROUP FROM C12C1] sin subsidio alguno? [Si no tiene una tarifa de cuidado a tiempo completo, dígame la tarifa para el número máximo de horas de cuidado que ofrece a la semana.]

\$ _____ por

C12C_3.

- ¿Es eso por
- 1 hora? → (ASK C_affordcare)
 - 2 ½ día? → (ASK C12C_4_M)

- 3 día completo? →(ASK C12C_4_M)
- 4 semana?→(ASK C12C_5_M)
- 5 mes? →(ASK C12C_6)
- 6 sesión o ciclo/semestre/trimestre? → (ASK C12C_7A)
- 7 año? → (ASK C12C_7A)
- 8 Otro (ESPECIFIQUE) _____ → (ASK C12C_8A)
- 9 DK/REF/BLANK→(GO TO NEXT AGE GROUP)

[IF HOURS HAVE ALREADY BEEN CAPTURED FOR REPORTED TIME UNIT FOR ANOTHER AGE GROUP, SKIP TO C_affordcare]

[IF C12C_3=2 OR 3, ASK C12C_4_M. ELSE GO TO INSTRUCTION BEFORE C12C_5_M]

C12C_4_M

¿Por cuántas horas al día?

[IF C12C_3=4, ASK C12C_5_M. ELSE GO TO INSTRUCTION BEFORE C12C_6_M]

C12C_5_M

¿Cuántas horas cubre eso por semana?

[IF C12C_3=5, ASK C12C_6, ELSE GO TO INSTRUCTION BEFORE C12C_7A]

C12C_6.

¿Cuántas horas a la semana cubre eso?

C12C_6a.

¿Cuántas semanas es eso?

[IF C12C_3=6 OR 7, ASK C12C_7A. ELSE GO TO INSTRUCTION BEFORE C12C_8A.]

C12C_7A.

¿Cuántas semanas es eso?

C12C_7B.

¿Cuántas horas a la semana cubre eso?

[IF C12C_3=8, ASK C12C_8A. ELSE GO TO C_affordcare]

C12C_8A.

What is the weekly equivalent of that rate?

C12C_8B

¿Cuántas horas a la semana cubre eso?

C_affordcare.

¿Tiene alguna de las siguientes opciones para ayudar a las familias a costear el cuidado que usted ofrece...?

a. Tarifas graduales

1 Sí

2 No

b. Becas o subsidios

1 Sí

2 No

c. Otros descuentos como por hermanos, hijos de miembros del personal o miembros de una organización o congregación afiliadas

1 Sí

2 No

d. Planes de pago

1 Sí

2 No

C_PARPAY

¿Por cuántos niños en su programa recibe pago solo de parte de las familias sin subsidios, descuentos o becas?

_____ Número de niños

C13.

¿Cuántos de los niños que cuida hablan un idioma que no es inglés en el hogar?

Número de niños

[IF C13=0, SKIP TO C13B_1, IF C13=DK/REF, SKIP TO C13_1, ELSE GO TO C13D_M]

C13_1.

¿Cuál porcentaje de los niños que cuida usualmente hablan un idioma que no es inglés en el hogar?

--	--	--

 % de niños

Range: 0-100

C_parnoeng.

¿Cuántos de los niños en este salón de clases tienen padres o tutores que no serían capaces de hablar en inglés sobre las experiencias de sus hijos con un/a maestro/a?

_____ Número de niños

C13B_1.

¿Con qué porcentaje de sus familias necesita la ayuda de un intérprete o un niño para conversar?

--	--	--

 % de niños

C13d_M.

¿Cuáles idiomas hablan usted u otras personas al trabajar directamente con los niños? SELECT ALL THAT APPLY.

- 1 INGLÉS
- 2 ESPAÑOL
- 3 OTRO ESPECIFIQUE: _____

[IF ENGLISH AND ANOTHER LANGUAGE SELECTED, ASK C13e_M.]

C13e_M.

¿Con cuánta frecuencia se habla otro idioma aparte de inglés mientras se cuida a los niños?

- 1 Rara vez se hablan otros idiomas
- 2 Se hablan otros idiomas durante el día, pero el idioma principal es inglés
- 3 Se hablan inglés y otro(s) idioma(s) casi con la misma frecuencia
- 4 Inglés no es el idioma principal

C14.

PROGRAMMER NOTE:

A) IF R CARES ONLY FOR CHILDREN WITH PRIOR RELATIONSHIPS ((B6=1 or B7=1 FOR ALL CHILDREN OR (C10B=1 OR C11B=1)) CLASSIFY R AS RELATIONSHIP-BASED.

B) IF R CARES FOR AT LEAST ONE CHILD WITH NO PRIOR RELATIONSHIP, CLASSIFY R AS NOT RELATIONSHIP-BASED.

- 1 NOT RELATIONSHIP-BASED
- 2 RELATIONSHIP-BASED

C17.

PROGRAMMER NOTE:

CLASSIFY R AS FCC-LIKE IF (A) PROVIDER IS PAID (B) PROVIDER IS RELATIONSHIP-BASED (C14=2); (C) R TAKES CARE OF CHILDREN IN R'S HOME (A1C1=1); (D) R REGULARLY CARES FOR AT LEAST 4 CHILDREN (SUM OF (B1 and B1A) IS FOUR OR GREATER); AND (E) R CARES FOR AT LEAST 1 CHILD FOR 21 HOURS OR MORE EACH WEEK (C8_M = B >=1 or C8_M = C >=1). IF ALL 5 CONDITIONS APPLY:

- 1 PROXY FOR FAMILY CARE PROVIDER (FCC)
- 2 NOT PROXY FOR FAMILY CARE PROVIDER (FCC)

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK C_homeless.
OTHERWISE, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE C_foodinsec.

C_homeless.

Durante el año pasado, ¿ha prestado servicio su programa a niños pequeños que estaban desamparados, por ejemplo, porque vivían en un albergue o porque sus familias no tenían un lugar regular donde quedarse? Responda a su leal saber y entender.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Don't know

C_foodinsec.

Que usted sepa, ¿cuántos niños que usted cuida a veces no tienen suficiente comida en casa porque no hay dinero suficiente para comprarla?

_____ Número de niños

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK C15_M.
OTHERWISE, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE E1_M.

C15_M

¿Una agencia federal, estatal o local, o un grupo como una agencia o un departamento de servicios humanos o educación, un programa de bienestar, empleo o capacitación pagan parte o todo el costo de alguno de los niños a los que cuida?

- 1 Sí → (ASK C15A_M)
2 NO → (SKIP TO C_commorg)

C15A_M

Sírvase informar la cantidad de niños que cuida, de haberlos, que reciben financiamiento de cada una de estas agencias o programas del gobierno.

	Número de niños
1. Prekindergarten estatal	
2. 1.Head Start, incluido Early Head Start	
3. Gobierno local (p.ej. Financiamiento preescolar de la junta escolar local o de otra agencia local, becas o "grants" del gobierno de la ciudad o del condado)	
4. Programas de subsidio de cuidado infantil como CCDF o TANF, o [STATE PROGRAM NAME] (entre ellos vales/certificados, contratos estatales)	_____ < 3 años _____ 3 a 5 años _____ edad escolar (Kindergarten y mayores)
5. Título I	
7. Otros tipos de programas financiados por el gobierno	

C15b.

Indique si las agencias o programas del gobierno que le pagan...

	SÍ	NO
1. establecen un contrato con usted para un número garantizado de niños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. le pagan por los vales o subsidios a padres elegibles específicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. tienen algún otro arreglo de pago ESPECIFIQUE: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C_commg.

¿Una organización comunitaria como United Way o una iglesia u organización caritativa pagan parte o todo el costo de alguno de los niños a los que cuida?

- 1 Sí → (ASK C16A)
 2 NO → (SKIP TO INSTRUCTION BEFORE C_subfees)

C16a.

¿Por cuántos niños pagan organizaciones comunitarias?

- ___ < 5 años
 ___ Niños de edad escolar (Kindergarten y mayores)

[IF R REPORTS SERVING CHILDREN WITH SUBSIDIES, ASK C_subfees, ELSE SKIP TO INSTRUCTION ABOVE C_subenroll.]

C_subfees.

Pagan los padres que reciben subsidios de cuidado infantil cualquiera de las siguientes cuotas a su programa?

- a. Cuotas por pañales, meriendas (bocadillos) u otros suministros
- 1 Sí
 2 No
- b. Copagos
- 1 Sí
 2 No
- c. Costo de matrícula por días u horas no cubiertos por el pago de subsidio
- 1 Sí
 2 No

- d. Cuotas además de los copagos para compensar por las bajas tarifas de reembolso con subsidio

- 1 Sí
2 No

C_sublimit.

¿Limita usted la cantidad de niños con subsidio de cuidado de niños a los que presta servicio a la misma vez?

- 1 Sí
2 No

[IF PROVIDER CURRENTLY REPORTS SUBSIDY-SUPPORTED ENROLLMENT, SKIP TO C_subcompare. ELSE, ASK C_subenroll]

C_subenroll.

Durante el año pasado, ¿ha tenido usted un niño cuyo cuidado recibió apoyo con dinero de subsidio para el cuidado de niños, como [STATE PROGRAM NAME]?

- 1 Sí (Skip to C_subcompare)
2 No

C_asksub.

Durante el año pasado, ¿le ha pedido una familia que use los subsidios para el cuidado de niños para pagar el cuidado en su programa?

- 1 **Sí**
2 **No**

C_subcompare.

Muchos proveedores tienen percepciones o experiencias del sistema de subsidios para el cuidado de niños, independientemente de que reciban actualmente subsidios para el cuidado de niños. ¿Cómo compararía usted la experiencia de prestar servicio a familias que pagan sus cuotas por cuenta propia con las familias que participan en el sistema de subsidios en términos de...

a. Fiabilidad del pago

Mucho más con subsidio

Un poco más con subsidio

Con subsidio y por cuenta propia pagan más o menos igual

Un poco más por cuenta propia

- Mucho más por cuenta propia
DESCONOCE EL SISTEMA DE SUBSIDIOS (SKIP TO SECTION E)
- b. Cantidad** de dinero que su programa recibe por un niño
Mucho más con subsidio
Un poco más con subsidio
Con subsidio y por cuenta propia pagan más o menos igual
Un poco más por cuenta propia
Mucho más por cuenta propia
DESCONOCE EL SISTEMA DE SUBSIDIOS (SKIP TO SECTION E)
- c. Papeleo** u otros requisitos administrativos
Mucho más con subsidio
Un poco más con subsidio
Con subsidio y por cuenta propia pagan más o menos igual
Un poco más por cuenta propia
Mucho más por cuenta propia
DESCONOCE EL SISTEMA DE SUBSIDIOS (SKIP TO SECTION E)
- d. Facilidad de llenar vacantes**
Mucho más con subsidio
Un poco más con subsidio
Con subsidio y por cuenta propia pagan más o menos igual
Un poco más por cuenta propia
Mucho más por cuenta propia
DESCONOCE EL SISTEMA DE SUBSIDIOS (SKIP TO SECTION E)

Section E. Schedule

IF SUM OF (B1 AND B1A) IS 4 OR GREATER, ASK E1_M. ELSE GO TO INSTRUCTION BEFORE E2.

E1_M

Comenzando con el último lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo, por favor indique las horas de la semana pasada en que cuidó a por lo menos un niño que no es su propio hijo.- Si la semana pasada fue una semana de fiestas o vacaciones, dé la información para la última semana regular.

E1a.

¿Hubo un período adicional durante el cual cuidó a niños el lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo?

	Hora inicial		Hora final	
Time slot 1	:	AM/PM	:	AM/PM
Time slot 2	:	AM/PM	:	AM/PM
Time slot 3	:	AM/PM	:	AM/PM

DISPLAY CHECK BOX "CLOSED ON THAT DAY"

DISPLAY CHECK BOX "DID NOT LOOK AFTER CHILDREN THAT DAY"

E1A_1.

¿Hubo otros días esa misma semana durante los cuales tuvo las mismas horas de cuidado de niños del último lunes?

1 MARTES

2 MIÉRCOLES

3 JUEVES

4 VIERNES

5 SÁBADO

6 DOMINGO

E1_2.

(FOR DAYS NOT SELECTED ON B1_1, ASK:) Indique las horas que cuidó a niños el último (DAY OF WEEK)?

	Hora inicial		Hora final	
Time slot 1	:	AM/PM	:	AM/PM
Time slot 2	:	AM/PM	:	AM/PM
Time slot 3	:	AM/PM	:	AM/PM

DISPLAY CHECK BOX "CLOSED THAT DAY"

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK E2
OTHERWISE, SKIP TO E10

E2.

¿Cobra usted un cargo adicional si un padre recoge tarde a un niño, después de la hora acordada?

1 Sí

2 NO

E3.

¿Le permite a los padres usar los servicios de cuidado de niños en horarios que varían de una semana a la otra?

- 1 Sí → (ASK E3a)
- 2 NO → (SKIP TO E3c)
- 3 DK/REF → (SKIP TO E3c)

E3a.

¿Cuántos de los niños que cuida tienen horarios que varían de una semana a la otra?

Número de niños

Range: 0-999

E3c.

¿Permite usted que los padres paguen y usen una cantidad variada de horas de cuidado de niños cada semana?

- 1 Sí, según les resulte práctico (SKIP TO E3d)
- 2 Sí, a partir de opciones fijas de calendarios → (ASK E3d)
- 3 Sí, desde una cantidad mínima de horas → (SKIP E3d)
- 4 No → (SKIP TO E3f)
- 5 DK/REF → (SKIP TO E3f)

E3d.

¿Cuántos niños en su programa pagan según una cantidad variada de horas por el servicio cada semana?

Número de niños

Range: 0-999

E3f.

¿Se le pagan los días en que los niños están programados a asistir, pero no lo hacen debido a una enfermedad, vacaciones u otros motivos fuera de su control?

- 1 Sí
- 2 No

[IF R MENTIONED SATURDAY OR SUNDAY CARE ABOVE IN B8 OR B19 OR E1_M, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE E5. ELSE ASK E4]

E4.

En fines de semana, ¿cuida usted a niños con quienes no está emparentado/a o de quienes no tiene la custodia?

- 1 Sí
- 2 No

[IF R MENTIONED EVENING CARE ABOVE IN B8 OR B19 OR E1_M, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE E6. ELSE ASK E5]

E5.

¿Cuida de niños con quienes no guarda ninguna relación o de quienes no tiene custodia durante la noche en la semana entre las 7 pm y las 11 pm?

- 1 Sí
- 2 No

[IF R MENTIONED NIGHTTIME CARE ABOVE IN B8 OR B19 OR E1_M, SKIP TO E7. ELSE ASK E6]

E6.

¿Cuida usted a niños que no son sus propios hijos entre las horas de 11 pm y 6 am durante la noche en la semana? (IF NEEDED: Monday to Friday)?

- 1 Sí
- 2 No

E7.

¿Cuántas semanas al año cuida usted a niños menores de 13 años de edad que no son sus propios hijos?

Número de semanas →

Range: 1-52

E10.

La última vez que usted se enfermó, ¿qué gestiones hizo para los niños que cuida regularmente?
SELECCIONE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- 1 Les dijo a los padres que no podía cuidar a los niños

- 2 Hizo que viniera otra persona para cuidar a los niños
- 3 Envío a los niños a otro lugar
- 4 Cuidó a los niños de todas maneras
- 5 Nunca se enferma → (SKIP TO INSTRUCTION BEFORE E13)
- 6 Otra cosa: _____

E10a.

¿Cuándo fue la última vez que no pudo cuidar de un niño porque se enfermó?

Mes ___ Año _____

Range: 1-12 for Month and Year: 2000-2019

E13.

En los últimos 12 meses, ¿ha ayudado a encontrar alguno de los siguientes tipos de ayuda a los niños que cuida?

	Sí	No
E13a. Evaluaciones de salud, como médicas, dentales, de la vista, auditivas o del habla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13b. Evaluaciones de desarrollo (para verificar si el niño está a la par en su estado físico, emocional o social).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13c. Servicios, como terapia del habla, ocupacional o servicios para niños con necesidades especiales disponibles para niños.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13d. Servicios de asesoramiento psicológico para los niños o los padres.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E14e. Servicios sociales a familias, como ayuda para conseguir vivienda, estampillas de alimentos, ayuda financiera o atención médica.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

E_payservice.

¿Paga usted por algún servicio para los niños que cuida, como evaluaciones médicas, evaluaciones de desarrollo, servicios para niños con necesidades especiales o asesoramiento?

- 1 Sí
- 2 No

E_onsiteserv.

¿Provee usted algún tipo de evaluaciones médicas, evaluaciones de desarrollo, servicios para niños con necesidades especiales o asesoramiento en el lugar de su programa?

- 1 Sí
- 2 No

Section F. Admissions/Marketing

F1_M

De enero a marzo de 2018, ¿a cuántos niños dejó de cuidar? Cuento a los niños cuyos padres dejaron de traer a los niños para que los cuidara y a los niños que no quiso cuidar más.

Range: 0-999

F2_M

De enero a marzo de 2018, ¿a cuántos niños nuevos comenzó a cuidar?

Range: 0-999

F3.

El año pasado, ¿le dijo a algún padre que no cuidaría más de su hijo debido a problemas de conducta del niño?

- 1 Sí
2 No

F_earlypickup

En el último año, ¿le ha pedido usted a un padre/una madre que recoja a un niño antes de tiempo debido a problemas con la conducta del niño?

- 1 Sí
2 No

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK F4
OTHERWISE, SKIP TO G1

F4.

¿Registra usted sus servicios en una agencia de recursos y referencias para encontrar niños nuevos a quienes cuidar?

- 1 Sí
2 No
99 DK/REF/BLANK

F9.

En el último año, ¿no pudo aceptar a niños que querían inscribirse porque no tenía una vacante?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 SE COLOCA A LOS NIÑOS EN UNA LISTA DE ESPERA

F_sp_adm.

En el último año, ¿ha rechazado usted a un niño porque el niño tenía necesidades especiales que usted no está preparado/a para satisfacer?

- 1 Sí
- 2 No

F_QRIS1.

¿Tiene su programa una calificación de calidad general de [NAME OF LOCAL/STATE QRIS; or a QRIS]?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé
- 4 Not eligible for rating

F_QRIS1a.

En los últimos dos años, ¿ha cambiado usted de una calificación a otra mejor?

- 1 Sí
- 2 No

[IF ANY CHILDREN ARE REPORTED OR C14 = 1 ASK F_BKGD, ELSE SKIP TO G1.]

F_BKGD.

Nos interesan sus experiencias con la realización de verificaciones de antecedentes penales requeridas para proveer cuidado de niños en su hogar. ¿En qué medida está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?: [Completamente de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Completamente en desacuerdo]

- a. Las verificaciones de antecedentes de los miembros del personal nos protegen a mí y a los niños que cuido.
- b. Las verificaciones de antecedentes ocasionan retrasos en mi habilidad de contratar a personal nuevo.
- d. Algunos proveedores se sienten incómodos al tener que realizar verificaciones de los antecedentes de sus familiares y otras personas que viven en sus hogares.

F_INSP

Durante los últimos 12 meses, ¿las siguientes agencias han inspeccionado su programa o se han presentado a controlar la calidad de los servicios?

a. Departamento de salud

1 Sí

2 No

b. Agencia de concesión de licencias

1 Sí

2 No

Section G. Care Provided

G1.

¿Programa usted las actividades diarias del/de los niño(s) que cuida?

- 1 Sí → (ASK G3)
 2 No → (SKIP TO INSTRUCTION BEFORE G_FOOD)

G3.

¿Cuánto tiempo dedica cada semana a programar las actividades de los niños?

Horas por semana

Range: 0-168

[IF CHILD(REN) UNDER SCHOOL AGE (B4<6 FOR AT LEAST ONE CHILD OR NON-SCHOOL-AGED CHILDREN MENTIONED IN C1A), ASK [G3_ECE_M]. OTHERWISE ASK [G3_SA].]

Las próximas preguntas tratan de actividades que usted podría planificar y realizar con los niños bajo su cuidado. Le preguntaremos sobre ciertas actividades que son adecuadas únicamente para ciertos grupos de edades.

G3_ECE_M

Nos gustaría que nos contara sobre un día típico en su programa para niños menores de 5 años de edad. Sin incluir descansos para almorzar o tomar siestas, ¿cuánto tiempo dedican los niños a los siguientes tipos de actividades? Por ejemplo (READ ITEM) ¿Diría usted que los niños no dedican nada de tiempo, media hora o menos, aproximadamente una hora, aproximadamente dos horas o tres o más horas a (READ ITEM AGAIN)?

- A. Actividades de aprendizaje toda la clase
- 1 Ningún tiempo
 - 2 Media hora o menos
 - 3 Aproximadamente una hora
 - 4 Aproximadamente dos horas
 - 5 Tres horas o más
- B. Actividades de aprendizaje en grupos pequeños o individuales
- 1 Ningún tiempo
 - 2 Media hora o menos
 - 3 Aproximadamente una hora
 - 4 Aproximadamente dos horas
 - 5 Tres horas o más

C. Tiempo libre para que los niños jugaran, leyeran o exploraran

- 1 Ningún tiempo
- 2 Media hora o menos
- 3 Aproximadamente una hora
- 4 Aproximadamente dos horas
- 5 Tres horas o más

D. Actividades vigorosas bajo techo o al aire libre

- 1 Ningún tiempo
- 2 Media hora o menos
- 3 Aproximadamente una hora
- 4 Aproximadamente dos horas
- 5 Tres horas o más

E. Canción y movimiento planificados por adelantado

- 1 Ningún tiempo
- 2 Media hora o menos
- 3 Aproximadamente una hora
- 4 Aproximadamente dos horas
- 5 Tres horas o más

G_FOOD.

¿Qué alimentos provee a los niños bajo su cuidado?

a. Meriendas (bocadillos)

- 1 Sí
- 2 No

b. Comidas como desayunos, almuerzos o cenas

- 1 Sí
- 2 No

C_CACFP.

[If meals provided:] Does your program participate in the Child and Adult Care Food Program?

- 1 Yes
- 2 No
- 3 Not eligible

G_SCREEN.

[En este programa,] la mayoría de los días, ¿cuánto tiempo pasan los niños haciendo algo con un dispositivo con pantalla, como un televisor o una película, o trabajando o jugando en una computadora o tablet?

- 1 1½ horas o más
- 2 30 minutos a 1½ horas
- 3 Menos de 30 minutos
- 4 Los niños no usan dispositivos con pantalla en este programa

G3A.

¿Usa usted un programa de estudios o un conjunto preparado de actividades de aprendizaje y juego?

- 1 Sí →(GO TO G3B_M)
- 2 No →(GO TO G4)

G3B_M

¿Cómo se llama el programa de estudios o de actividades preparadas que usa?

1. Programa de estudios Creative Curriculum for Infants, Toddlers, and Twos
2. Programa de estudios High/Scope for Infants and Toddlers
3. Programa de estudios para bebés y niños pequeños Program for Infant/Toddler Care (PITC)
4. Programa de estudios Creative Curriculum for Preschool
5. Programa de estudios High/Scope for Preschoolers
6. Programa de estudios Opening the World of Learning (OWL)
7. Un método como Montessori o Project Approach
8. Un programa de estudios que yo mismo/misma preparé (SKIP TO G4)
10. Programa de estudios Alpha Skills
11. Programa de estudios Abeka
12. Programa de estudios Creative Curriculum for Family Child Care (nacimiento a los 12 años)
13. Programa de estudios Lakeshore Learning's Family Child Care Curriculum (nacimiento a edad preescolar)
14. Programa de estudios High Reach Curriculum Package for Family Child Care
15. Programa de estudios High Scope Family Child Care Curriculum (nacimiento a los 12 años)
16. Programa de estudios Gee Whiz Digital Curriculum for Family Care Providers
17. Programa de estudios Teaching Strategies - Family Child Care (3, 4, 5 años de edad)
18. Programa de estudios Project Early Kindergarten for Family Child Care
19. Programa de estudios Funshine Express
9. Otro programa de estudios (Sírvase especificar: _____)

G_CURRTRAIN.

¿Ha recibido usted 4 o más horas de capacitación sobre cómo usar este programa de estudios?

- 1 Sí
- 2 No

G4.

¿Opera con el patrocinio de una organización (por ejemplo, una iglesia, Head Start o Caridades Católicas) que organiza el cuidado de niños en casa de familia en su área o es miembro de una red de proveedores de cuidado de niños en casa de familia? CODE ALL THAT APPLY.

- 1 SÍ, CUENTA CON EL PATROCINIO DE UNA ORGANIZACIÓN
- 2 SÍ, ES MIEMBRO DE UNA RED DE PROVEEDORES
- 3 NINGUNO

G5.

¿Se reúne usted alguna vez con otras personas que cuidan a niños? Podría hacerlo para que los niños se relacionen con otros niños, para usted relacionarse con otros adultos o para educarse sobre cómo ayudar a los niños a crecer y aprender.

- 1 Sí → (SKIP TO G6_M)
- 2 Sí, pero no regularmente → (SKIP TO G6_M)
- 3 No →ASK G5A

G5a.

¿Conoce usted lugares donde **podría** reunirse con otras personas que cuidan a niños o educarse sobre cómo ayudar a los niños a crecer y aprender?

- 1 Sí (SKIP TO G7)
- 2 No (SKIP TO G7)

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK G5d
OTHERWISE, SKIP TO G7

G5d.

¿Tiene usted alguna relación formal o informal con escuelas o programas que le otorgan acceso a recursos o desarrollo profesional para cuidar a niños menores de 13 años de edad?

- 1 Sí
- 2 No

G6_M

Entendemos que el cuidado de los niños en sus hogares o en el suyo conlleva tiempo *fuera* del horario que les dedica a los niños, ya sea para planear el programa, comprar suministros, mantener registros, etc. Por favor, calcule cuántas horas le dedica a las siguientes actividades relacionadas al cuidado de los niños que cuida.

Actividad ajena al cuidado directo de los niños	Horas	Unidad de tiempo
Comprar suministros y alimentos para los niños		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Limpiar y dar mantenimiento al sitio		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Programar las actividades de los niños		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Mantener al día los registros, facturar, o hacer tareas administrativas		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Participar en reuniones educativas, de capacitación o profesionales		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Comunicarse con los padres fuera del horario regular del programa		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
Mercadear o promocionar sus servicios de cuidado de niños		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

Cualquier otra actividad a la que dedica tiempo para los niños que cuida		<input type="checkbox"/> 1 por año <input type="checkbox"/> 2 por mes <input type="checkbox"/> 3 por semana
¿Cuántas horas diría que le dedica a todas estas actividades juntas cada mes?		

Range: 0-168 for 3 (per week), 0-744 for 2 (per month), 0-8760 (per year)

G6a.

Aparte de los baños o cocinas, ¿cuántas habitaciones usa mientras cuida a niños?

_____ Cantidad de habitaciones

G6b.

¿Cuántas de estas habitaciones usa como espacio de vivienda regular para usted y su familia cuando los niños no están presentes?

_____ Cantidad de habitaciones

G_physact.

¿Dónde participan los niños en actividades físicas vigorosas?

- a. En el espacio bajo techo de cuidado regular
 - 1 Sí
 - 2 No
- b. En mi propio espacio al aire libre (p. ej., patio)
 - 1 Sí
 - 2 No
- c. En un espacio al aire libre público cercano (p. ej., parque o estacionamiento públicos)
 - 1 Sí
 - 2 No

G7.

Las personas tienen motivos distintos para dedicarse al cuidado de los hijos de otras personas, dichos motivos pueden verse afectados por sus situaciones personales,

G7a_M

¿Cuál es el motivo principal por el cual cuida a niños? RECORD VERBATIM AND CODE

- 1 Es mi vocación o carrera principal
- 2 Es un paso hacia una carrera relacionada
- 3 Para ganar dinero
- 4 Para tener un empleo que le permite trabajar desde la casa
- 5 Para ayudar a los niños
- 6 Para ayudar a los padres de los niños
- 9 PARA TRABAJAR Y CUIDAR A MIS HIJOS A LA MISMA VEZ
7. Otro motivo (Especificar: _____)

G_REASON2.

¿Cuál es la segunda razón más importante por la que cuida a niños? [CATEGORIES FROM G7a_M]

G7b_M

¿Cuál considera que es su responsabilidad principal cuando cuida de los niños? RECORD VERBATIM AND CODE

- 1 Promover el desarrollo de los niños
- 2 Mantenerlos seguros y evitar que se metan en problemas
- 3 Brindarles amor y cariño
- 4 Enseñarles valores
- 5 Ayudarles a aprender para que se desempeñen bien en la escuela
- 8 PROVEER NECESIDADES BÁSICAS A LOS NIÑOS COMO COMIDAS Y TRANSPORTE
- 9 APOYAR EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS
6. OTRO (ESPECIFIQUE: _____)

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK G7C
OTHERWISE, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE G12

G7c.

¿Pertenece a una asociación profesional, como una asociación estatal o nacional de proveedores de cuidado de niños en casa de familia, o a un sindicato, como Service Employees International Union (para empleados en la industria de servicio), American Federation of Teachers (para maestros), American Federation of State, County and Municipal Employees (AFSCME, para empleados estatales, del condado o municipales) o Teamsters (sindicato de trabajadores)?

- 1 Sí
2 No

[IF SUM OF (B1 and B1A) IS FOUR OR GREATER ASK G12, ELSE GO TO G_HEALTHCON]

G12.

¿Tiene acceso a un recurso de apoyo familiar/consultor de salud mental/consejero de orientación para ayudarle con los asuntos que plantean los padres?

- 1 Sí
2 No

G_HEALTHCON.

¿Tiene acceso a un consultor de salud o enfermero/a que pueda ayudarle con asuntos de nutrición, alergias u otros problemas relacionados con la salud?

- 1 Sí
2 No

G15 intro.

Estas preguntas se relacionan con **distintos tipos de actividades** que le podrían ayudar a mantener o mejorar sus aptitudes de cuidado de niños. Más adelante en la entrevista le preguntaremos sobre los temas cubiertos. En los últimos 12 meses, ¿ha participado usted en alguna de las actividades siguientes para ayudarle a mantener o mejorar sus destrezas de cuidado de niños?

G15a

(En los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguno de los siguientes a fin de mejorar sus aptitudes o adquirir nuevas aptitudes para trabajar con niños?) ...Obtuvo ayuda de un visitante o asesor en casa

- 1 Sí
2 No

G15b

(En los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguno de los siguientes a fin de mejorar sus aptitudes o adquirir nuevas aptitudes para trabajar con niños?) ...Asistió a un taller patrocinado por una agencia comunitaria o red de proveedores de cuidado de niños en casa de familia

- 1 Sí →(ASKG15B1_M)
2 No →(G15C)

G15B1_M.

¿Asistió a una serie de dos o más talleres de trabajo?

- 1 Sí
2 No

G15C

(En los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguno de los siguientes a fin de mejorar sus aptitudes o adquirir nuevas aptitudes para trabajar con niños?) Tomó un curso sobre cuidado de niños que se ofreció con crédito académico en una institución de educación superior como “college” o universidad

- 1 Sí
2 No

G15D

(En los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguno de los siguientes a fin de mejorar sus aptitudes o adquirir nuevas aptitudes para trabajar con niños?) ¿Participó en otro tipo de actividad?

- 1 Sí →(ASK G15D1)
2 No →(G16)

G15D1.

¿En qué otros tipos de actividades ha participado en los últimos 12 meses para ayudarle a mantener o mejorar sus destrezas de cuidado de niños?

IF YES TO any item in G15A TO G15D, ASK G16_M. ELSE GO TO G17.

G_HS. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en capacitación de salud o seguridad?

- 1 Sí
2 No

G_HSONLINE. En el último año, ¿participó en alguna capacitación en línea sobre salud o seguridad?

- 1 Sí
2 No

G16_M.

Piense en los **temas** que se trataron en sus actividades dirigidas a mejorar o adquirir destrezas de trabajo con niños. **Aparte de la salud y la seguridad, ¿cuál tema se trató más recientemente en una actividad en la que usted participó?** Por ejemplo, las relaciones con las familias de los niños, cómo preparar a los niños para que se desempeñen bien en la escuela, técnicas de disciplina y manejo de niños o algún otro tema. (READ IF NECESSARY) [IF SELF-ADMINISTERED, RECORD VERBATIM/DO NOT SHOW CODES]

- 1 NINGÚN OTRO TEMA APARTE DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD.
- 2 DESARROLLO COGNITIVO, INCLUIDAS LAS ASIGNATURAS DE LECTURA TEMPRANA O MATEMÁTICAS.
- 4 PROMOVER EL DESARROLLO SOCIAL O EMOCIONAL DE LOS NIÑOS, ASÍ COMO ENSEÑARLES A PORTARSE BIEN.
- 5 ESTUDIO DEL DESARROLLO Y LA SALUD FÍSICA.
- 6 CÓMO TRABAJAR CON LAS FAMILIAS.
- 7 EL CUIDADO DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES FÍSICAS, EMOCIONALES O DE LA CONDUCTA.
- 8 TRABAJAR CON NIÑOS QUE HABLAN MÁS DE UN IDIOMA.
- 9 PLANIFICAR ACTIVIDADES QUE SATISFACEN LAS NECESIDADES DE TODA LA CLASE.
- 11 TRABAJAR CON NIÑOS DE DISTINTAS RAZAS, ETNIAS Y CULTURAS.
- 10 OTRO _____ Favor de especificar el tema principal de la actividad más reciente en la que participó para mejorar o adquirir aptitudes para trabajar con niños.

[IF YES TO G15A TO G15D, ASK G_SKILLOBS. ELSE GO TO G17.]

G_SKILLOBS

Incluyó alguno de los cursos que completó en los últimos 12 meses una oportunidad para demostrar sus destrezas relacionadas con el apoyo al desarrollo de los niños y ser observado/a?

- 1 Sí
- 2 No

G_PDPLAN.

En los últimos 12 meses, ¿ha hecho alguna de las siguientes cosas a fin de mejorar sus aptitudes o adquirir nuevas aptitudes para trabajar con niños? ¿Elaborar o actualizar un plan de desarrollo profesional con ayuda de un asesor?

- 1 Sí
- 2 No

G_CULTTRAIN

En los últimos 12 meses, ¿ha recibido alguna capacitación sobre estrategias de trabajo con niños y familias de distintas razas, grupos étnicos o culturas?

- 1 Sí
- 2 No

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

G_PDasst.

En los últimos 12 meses, ¿recibió alguno de los siguientes tipos de asistencia con los costos para mejorar sus aptitudes, por ejemplo, de una agencia local o estatal, un programa de estudios de cuatro años o universidad u otra organización?

1. Asistencia con costos directos como cuotas de matrícula o inscripción

1 Sí 2 NO

2. (En los últimos 12 meses, recibió) Ayuda con los costos de participación como viajes o cuidado de niños para sus propios hijos

1 Sí 2 NO

G17.

Indique en qué medida está personalmente de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

		COMPLETAMEN TE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO ESTÁ DE ACUERDO NI EN DESACUER DO	DE ACUERD O	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
A	En mi opinión, los niños deben obedecer siempre a sus padres. (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)	1	2	3	4	5
B	En mi opinión, los niños no harán lo correcto a menos que se les obligue a hacerlo. (¿Diría que está					

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

	completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
C	En mi opinión, lo más importante que se les puede enseñar a los niños es obedecer de manera absoluta a la persona con autoridad.					
D	En mi opinión, las ideas de un niño se deben tomar en cuenta en las decisiones de la familia. (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
E	En mi opinión, los niños tienen derecho a sus propios puntos de vista y se les debe permitir expresarlos (¿Diría que está completamente en					

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

	desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
F	En mi opinión, se les debe permitir a los niños no estar de acuerdo con sus padres si creen que sus propias ideas son mejores (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
G	En mi opinión, los niños se comportarán mal a menos que se les enseñe lo correcto. (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
H	En mi opinión, los niños deben obedecer siempre a sus maestros.					

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

	(¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
I	En mi opinión, está bien que un niño esté en desacuerdo con sus padres. (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					
J	En mi opinión, los padres deben seguirles la corriente a los niños cuando estos finjan hacer algo. (¿Diría que está completamente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, o completamente de acuerdo?)					

G_CESD7:

A continuación hay una lista de las maneras que puede haberse sentido o comportado.

Para cada pregunta, marque el encasillado correspondiente para responder con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la última semana.

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	Algunas o pocas veces (1 a 2 días)	Ocasionalmente o con frecuencia moderada (3 a 4 días)	Todo el tiempo (5 a 7 días)
1. No quise comer; tuve poco apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuve problemas para concentrarme en lo que hacía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me sentí deprimido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentí que todo lo que hice exigió un esfuerzo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dormí intranquilamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sentí triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No pude "motivarme"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The following questions are about your beliefs about education and caregiving.

G_HAMRE1.

Un grupo pequeño de niños pinta en papel en una mesa. Un niño pregunta si puede pintar unas piedras que recogió anteriormente ese día. La mejor opción es:

- 1 Darle las piedras y permitir que las pinte.
- 2 Decirle que las piedras no se pintan.
- 3 Decirle que será demasiado desorden.
- 4 Decirle al niño que eso es algo que puede hacer en casa, no en la escuela.

G_HAMRE2.

Una niña llora cuando la dejan en la escuela porque extraña a su mamá. ¿Cuál de las siguientes acciones tiene mayor probabilidad de ayudarla a la niña en ese momento?

- 1 Dejar que la niña se quede sentada sola un rato hasta que se calme.
- 2 Hablar con la madre para ver qué sucedió.
- 3 Animar a los amigos de la niña a que intenten distraerla.
- 4 Pasar tiempo con ella hasta que se sienta mejor.

G_HAMRE3.

Un niño golpea a otro niño. La respuesta más eficaz es:

- 1 Separar a los niños cambiando al niño que fue golpeado a otro centro.
- 2 Recordarle al niño que las manos no se usan para golpear, luego ayudar a reintegrarlo en otra actividad.
- 3 Ignorar el comportamiento.
- 4 Contarles a los padres del niño sobre el mal comportamiento.

G_HAMRE4.

Una niña intenta armar un rompecabezas que es demasiado difícil para ella. La mejor opción es:

- 1 Sentarse con ella y darle pistas para ayudarla a armar el rompecabezas.
- 2 Darle un rompecabezas que sea más fácil de armar.
- 3 Animarla a que lo siga intentando por su cuenta.
- 4 Armar el rompecabezas por ella para demostrarle cómo hacerlo.

Section H. Help with Child Care

H1_M

¿Alguna vez alguien le ayuda a cuidar a los niños a su cargo? Incluya a cualquier persona a quien le paga para que le ayude, así como a cualquier familiar u otra persona que le ayude sin recibir paga

- 1 Sí → (GO TO H_NUMHELP)
- 2 No → (SKIP TO SECTION I)

H_NUMHELP.

¿Cuántas personas le ayudaron a cuidar a los niños la semana pasada?

__ cantidad de personas que ayudaron

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

H_HELPNAME.	H_HELPAGE.	H_HELPHOUR.	H_HELPPAY.	H_HELPWAGE.	H_HELPLIVE.	H_HELPED.	H_HELPCARE.	H_HELPCDA.	H_HELPTRAIN.
Dígame las iniciales de cada persona mayor de 12 años de edad que le ayudó a cuidar a niños la semana pasada.	¿Cuántos años tiene esta persona?	¿Cuántas horas le ayudó esta persona la semana pasada a cuidar a los niños a su cargo?	¿Le paga usted regularmente a esta persona para que le ayude a cuidar a los niños a su cargo?	[if yes] ¿Qué sueldo le paga usted a esta persona? \$_____ por [hora/día/semana/mes]	¿Vive esta persona en su hogar?	¿Qué nivel de estudios ha completado [él/ella]?	¿Cuántos años lleva [él/ella] realizando trabajo con paga de cuidado de niños menores de 13 años?	¿Tiene [él/ella] un Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés)?	En los últimos 12 meses ¿ha recibido [él/ella] alguna capacitación o educación en cuidado de niños pequeños?
Iniciales 1:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 2:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 3:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

Iniciales 4:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 5:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 6:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 7:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 8:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 9:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 10:	____ Edad	____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$____ por [hora/día/sema na/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

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

H_TIMECARE.

¿Cuántas horas dedicó usted la semana pasada a cuidar directamente a niños?

_____ Horas las semana pasada

Section I. Household Characteristics

I_HHM.

Sin incluirse a usted, ¿cuántas personas en su vivienda están en las siguientes categorías de edad?:

Menor de 6 años

De 6 a 12 años

De 13 a 17 años

De 18 a 65 años

66 años o mayor

I_OUTCARE.

¿Recibe/n [el niño/todos los niños] menor/menores de 6 años cuidado regularmente de una persona ajena a su hogar, por ejemplo, en una instalación preescolar o de un vecino? By regularly, we mean 5 hours per week or more.

1 Sí

2 No

I_HHCC.

La semana pasada, ¿cuántas horas cuidó usted al menos a uno de los niños menores de 6 años de su hogar a la misma vez que cuidaba a otros niños?

_____ Cantidad de horas

Section J. Provider Characteristics

J1.

Las siguientes preguntas tratan sobre usted personalmente. ¿En qué año nació?

Range: 1911-2000

J2.

¿En qué país nació? Por favor seleccione uno.

Lista de países:

Seleccione:

2. Afganistán
3. Acrotiri
4. Albania
5. Argelia
6. Samoa Americana
7. Andorra
8. Angola
9. Anguila
10. Antártida
11. Antigua y Barbuda
12. Argentina
13. Armenia
14. Aruba
15. Islas Ashmore y Cartier
16. Australia
17. Austria
18. Azerbaiyán
19. Bahamas
20. Bahrain
21. Bangladesh
22. Barbados
23. Bassas da India
24. Bielorrusia
25. Bélgica
26. Belice
27. Benín
28. Bermuda
29. Bután
30. Bolivia
31. Bosnia y Herzegovina
32. Botsuana
33. Isla Bouvet
34. Brasil
35. Territorio Británico del Océano Índico
36. Islas Vírgenes Británicas
37. Brunéi
38. Bulgaria
39. Burkina Faso
40. Birmania
41. Burundi
42. Camboya
43. Camerún
44. Canadá
45. Cabo Verde
46. Islas Caimán
47. República Centroafricana
48. Chad
49. Chile
50. China
51. Isla de Navidad
52. Isla Clipperton
53. Islas Cocos (Keeling)
54. Colombia
55. Comoras
56. Congo
57. Islas Cook
58. Islas del Mar del Coral
59. Costa Rica
60. Costa de Marfil
61. Croacia
62. Cuba
63. Chipre
64. República Checa
65. Dinamarca
66. Dhekelia
67. Yibuti
68. Dominica
69. República Dominicana
70. Ecuador
71. Egipto
72. El Salvador
73. Guinea Ecuatorial
74. Eritrea
75. Estonia
76. Etiopía
77. Isla Europa
78. Islas Malvinas
79. Islas Feroe
80. Fiyi
81. Finlandia
82. Francia
83. Guayana Francesa
84. Polinesia Francesa
85. Tierras Australes y Antárticas Francesas
86. Gabón
87. Gambia
88. Franja de Gaza
89. Georgia
90. Alemania
91. Ghana
92. Gibraltar
93. Islas Gloriosas
94. Grecia
95. Groenlandia
96. Granada
97. Guadalupe
98. Guam
99. Guatemala
100. Guernsey
101. Guinea
102. Guinea-Bisáu
103. Guayana
104. Haití
105. Islas Heard y McDonald
106. Santa Sede (Ciudad del Vaticano)
107. Honduras
108. Hong Kong
109. Hungría
110. Islandia
111. India
112. Indonesia
113. Irán
114. Irak
115. Irlanda
116. Isla de Man
117. Israel
118. Italia
119. Jamaica
120. Jan Mayen
121. Japón
122. Jersey
123. Jordania
124. Isla Juan de Nova
125. Kazajistán
126. Kenia
127. Kiribati
128. Corea del Norte
129. Corea del Sur
130. Kuwait
131. Kirguistán
132. Laos
133. Latvia
134. Líbano
135. Lesoto
136. Liberia
137. Libia
138. Liechtenstein
139. Lituania
140. Luxemburgo

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| 141. Macau | 181. Papúa Nueva Guinea | 220. Svalbard |
| 142. Macedonia | 182. Islas Paracelso | 221. Suazilandia |
| 143. Madagascar | 183. Paraguay | 222. Suecia |
| 144. Malauí | 184. Perú | 223. Suiza |
| 145. Malasia | 185. Filipinas | 224. Siria |
| 146. Maldivas | 186. Islas Pitcairn | 225. Taiwán |
| 147. Malí | 187. Polonia | 226. Tayikistán |
| 148. Malta | 188. Portugal | 227. Tanzania |
| 149. Islas Marshall | 189. Puerto Rico | 228. Tailandia |
| 150. Martinica | 190. Qatar | 229. Timor Oriental |
| 151. Mauritania | 191. Reunión | 230. Togo |
| 152. Mauricio | 192. Rumania | 231. Tokelau |
| 153. Mayotee | 193. Rusia | 232. Tonga |
| 154. México | 194. Ruanda | 233. Trinidad y Tobago |
| 155. Micronesia, Estados
Federados de | 195. Santa Elena | 234. Isla Tromelin |
| 156. Moldavia | 196. San Cristóbal y Nieves | 235. Túnez |
| 157. Mónaco | 197. Santa Lucía | 236. Turquía |
| 158. Mongolia | 198. San Pedro y Miquelón | 237. Turkmenistán |
| 159. Montserrat | 199. San Vicente y las
Granadinas | 238. Islas Turcas y Caicos |
| 160. Marruecos | 200. Samoa | 239. Tuvalu |
| 161. Mozambique | 201. San Marino | 240. Uganda |
| 162. Namibia | 202. Santo Tomé y Príncipe | 241. Ucrania |
| 163. Nauru | 203. Arabia Saudita | 242. Emiratos Árabes Unidos |
| 164. Isla de Navaza | 204. Senegal | 243. Reino Unido |
| 165. Nepal | 205. Serbia y Montenegro | 244. Estados Unidos |
| 166. Países Bajos | 206. Seychelles | 245. Uruguay |
| 167. Antillas Neerlandesas | 207. Sierra Leona | 246. Uzbekistán |
| 168. Nueva Caledonia | 208. Singapur | 247. Vanuatu |
| 169. Nueva Zelanda | 209. Eslovaquia | 248. Venezuela |
| 170. Nicaragua | 210. Eslovenia | 249. Vietnam |
| 171. Níger | 211. Islas Salomón | 250. Islas Vírgenes |
| 172. Nigeria | 212. Somalia | 251. Isla Wake |
| 173. Niue | 213. Sudáfrica | 252. Wallis y Futuna |
| 174. Isla Norfolk | 214. Islas Georgia del Sur y
Sándwich del Sur | 253. Cisjordania |
| 175. Islas Mariana del Norte | 215. España | 254. Sahara Occidental |
| 176. Noruega | 216. Islas Spratly | 255. Yemen |
| 177. Omán | 217. Sri Lanka | 256. Zambia |
| 178. Pakistán | 218. Sudán | 257. Zimbabue |
| 179. Palau | 219. Surinam | 258. NO SABE/REHUSÓ/SIN
RESPUESTA |

J2a.

(IF BORN OUTSIDE OF THE U.S.) ¿En qué año se trasladó a Estados Unidos para permanecer?

Range: 1911-2019

J3.

¿Cuál es su estado civil actual?

- 1 Nunca se casó, no vive en pareja
- 2 Casado/a o vive en pareja
- 3 Separado/a
- 4 Divorciado/a
- 5 Viudo/a

J4.

¿Cuál es el grado o nivel más alto de estudios que cursó en su totalidad?

(READ IF NECESSARY)

- 1 MENOS DE OCHO AÑOS DE EDUCACIÓN, ES DECIR, EDUCACIÓN SECUNDARIA INCOMPLETA
→SKIP TO J12
- 2 ENTRE NUEVE Y DOCE AÑOS DE EDUCACIÓN PERO SIN DIPLOMA (ES DECIR, NO RECIBIÓ DIPLOMA EQUIVALENTE A "HIGH SCHOOL" O CERTIFICADO "GED") →SKIP TO J12
- 3 DOCE AÑOS COMPLETADOS DE EDUCACIÓN CON DIPLOMA (ES DECIR, RECIBIÓ DIPLOMA EQUIVALENTE A "HIGH SCHOOL" O CERTIFICADO "GED") →SKIP TO J12
- 4 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS INCOMPLETOS(ES DECIR, NO CUENTA CON TÍTULO PROFESIONAL)
- 5 ESTUDIOS DE CARRERA TÉCNICA PROFESIONAL (EQUIVALENTE A "ASSOCIATE DEGREE")
- 6 ESTUDIOS UNIVERSITARIOS COMPLETADOS (ES DECIR, PROFESIONISTA TITULADO)
- 7 (CUENTA CON ESTUDIOS DE POSGRADO (COMO MAESTRÍA O DOCTORADO))

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK J5_M OTHERWISE, SKIP TO J12

J5_M

¿Está matriculado actualmente en un programa que ofrece un título o grado en un programa de cuatro años o universidad?

- 1 Sí
- 2 No

J5a_M

¿Cuál fue el área principal de estudios para el grado o título más alto que tiene o para la que ha estudiado?

- 1 EDUCACIÓN PRIMARIA O ELEMENTAL
- 2 EDUCACIÓN ESPECIAL
- 3 ESTUDIOS DE DESARROLLO INFANTIL, PSICOLOGÍA O DE FAMILIA
- 4 EDUCACIÓN DE NIÑOS PEQUEÑOS (2-4 AÑOS) O CUIDADO DE NIÑOS PEQUEÑOS O DE EDAD ESCOLAR
- 8 ADMINISTRACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS
- 6 ENFERMERÍA, ENFERMERO/A TITULADO/A
- 7 NEGOCIOS, COMERCIO GENERAL
- 5 OTRA _____

J_CDA.

¿Tiene una certificación de Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés)?

- 1 Sí
- 2 No

J_CERT.

¿Tiene una certificación o aprobación estatal para el cuidado y educación de niños pequeños?

- 1 Sí
- 2 No

J9.

¿Tiene algún tipo de certificación como maestro/a de educación especial o de escuela elemental (primaria)?

- 1 Sí
- 2 No

J10.

¿Ha recibido alguna capacitación *fuera del ámbito de la educación superior* en desarrollo infantil o cuidado o educación de niños pequeños?

- 1 Sí
2 No

J12.

¿Cuánto tiempo ha cuidado de niños menores de 13 años, sin tener en cuenta la crianza de sus propios hijos?

Años y Meses

Range: 0-99 for year and 0-12 for month

J13_M

¿Cuántos años más espera cuidar de niños que no son sus propios hijos ya sea en su hogar o en el de ellos?

Cantidad de años

Range: 0-99

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17=1 (PROXY FOR FCC), ASK J13a1
OTHERWISE, SKIP TO J14

J13a1.

¿Ha trabajado alguna vez como empleado de un centro, escuela u otra organización que presta servicios de cuidado a niños menores de 13 años de edad?

- 1 Sí
2 No (SKIP TO J12b)

J12a.

¿Cuántos años cuidó de niños menores de 13 años como empleado de un centro u otra organización que presta servicio de cuidado a niños?

Años y Meses

Range: 0-99 for year and 0-12 for month

J12b.

Hay muchos tipos de cuidado basado en el hogar para niños. ¿Cuál de los siguientes ha proporcionado en algún momento durante los pasados diez años?

a. cuidado gratuito a un familiar durante al menos cinco horas a la semana

1 Sí 2 No

b. cuidado por paga a una familia con la que tenía una relación anterior, al menos cinco horas a la semana

1 Sí 2 No

c. cuidado por paga a familias con las que no tenía una relación anterior, al menos cinco horas a la semana

1 Sí 2 No

d. cuidado de niños con licencia o regulado, sin incluir cuidado exento de licencia

1 Sí 2 No

J14.

¿Hace algún tipo de trabajo pagado además de cuidar de estos niños? Incluya el trabajo en su propio negocio o en un negocio de la familia.

1 Sí → (ASK J15)

2 No → (SKIP TO J17)

J15.

¿Qué tipo de trabajo hace (además de cuidar de estos niños)? Si tiene más de un empleo, indique en el que trabaja la mayor cantidad de horas. ¿Cuál es su cargo o el nombre de su trabajo?

Trabajo/Deberes usuales _____

J15A_M

Por lo general, ¿cuántas horas, más o menos, trabaja usualmente cada semana en ese empleo que no es cuidar a niños pequeños en su hogar?

_____ Horas trabajadas

Range: 0-168

J15A_1.

¿Con cuánta anticipación sabe por lo general qué días y horas tendrá que trabajar?

- 1 una semana o menos
- 2 entre 1 y 2 semanas
- 3 entre 3 y 4 semanas
- 4 cuatro semanas o más

J15B.

¿Cuánto se le paga en ese trabajo? RECORD WAGE AND UNIT (E.G., HOURLY, WEEKLY, PER YEAR, ETC.)

\$ _____

- 1 por hora
- 2 por día
- 3 por semana
- 4 per año
- 5 otra _____

J15C.

¿Cuánto tiempo ha tenido ese trabajo?

Años y Meses

Range: 0-99 for year and 0-12 for month

SKIP TO J19_M.

J17.

[IF NOT CURRENTLY WORKING OTHER THAN CHILD CARE] ¿Ha trabajado alguna vez en otro trabajo pagado que no sea cuidando niños en su propio hogar o en el de ellos?

- 1 Sí → (ASK J18)
- 2 No → (SKIP TO J19_M)

J18.

J18a.

¿Cuál fue el último trabajo que tuvo antes de cuidar niños en el hogar?

J18b.

¿Cuándo fue la última vez que trabajó en ese trabajo?

Mes

Año

Range: 0-99 for year and 0-12 for month

[IF J18B LT 5 YEARS, ASK J18c, else skip to J19_M.]

J18c.

¿Cuántas horas más o menos trabajaba regularmente en ese trabajo cada semana cuando dejó de trabajar allí?

Range: 0-168

J18d.

Cuánto se le pagaba en ese trabajo?

\$, .

1 por hora

2 por día

3 por semana

4 per año

5 otra _____

J19_M.

¿Cuál es su grupo étnico? (Seleccione una o más.)

1 Hispano o latino

2 No hispano o latino

J20_M.

¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más.)

- 5 Indígena estadounidense o nativo/a de Alaska
- 3 Asiático
- 2 Negro o afroamericano
- 4 Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico
- 1 Blanco

J21c_M

¿Qué tipo de seguro médico o cobertura médica tiene para usted? Marque todos los que correspondan]

- 1 PLAN DE SEGURO MÉDICO PRIVADO DE SU PROPIO EMPLEADOR
- 2 PLAN DE SEGURO MÉDICO COMPRADO DIRECTAMENTE
- 3 PLAN DE SEGURO MÉDICO PRIVADO A TRAVÉS DE UN GOBIERNO ESTATAL O LOCAL, O UN PROGRAMA COMUNITARIO
- 4 PLAN DE SEGURO MÉDICO PRIVADO A TRAVÉS DEL EMPLEO DE SU CÓNYUGE O PAREJA
.....
- 5 MEDICAID.....
- 6 MEDICARE.....
- 7 SEGURO MÉDICO MILITAR/ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS O CHAMPUS/TRICARE/CHAMP-
VA
- 8 SIN COBERTURA DE NINGÚN TIPO.....
- 9 OTRO (ESPECIFIQUE).....

J22.

En términos generales, ¿diría que su salud es excelente, muy buena, regular o mala?

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Regular
- 4 Mala

J_POORHLTH.

Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos días le impidió a usted un mal estado físico o mental realizar sus actividades usuales, como cuidar de sí mismo, trabajar o recrearse?

_____ Días

J_OWNHOME.

¿Es usted propietario/a de la casa donde cuida a niños?

- 1 Sí
- 2 No

J23_M

¿Cuál fue aproximadamente el ingreso total de su hogar en el 2018? Incluya el ingreso de cuidado de niños, sueldos y salarios que usted o los demás adultos en su hogar hayan ganado. Incluya además cualquier ayuda del gobierno, obsequios u otros ingresos que haya tenido.

Dólares →ASK J23A

Range: 0-9999999

IF DK/REF, ASK J23b_M.

J23a.

¿Eso fue antes o después de los impuestos y las deducciones?

- 1 antes de impuestos o deducciones → (SKIP TO J24_M)
- 2 después de impuestos o deducciones → (SKIP TO J24_M)

J23b_M

Tenga plena confianza de que sus respuestas a esta y todas las demás preguntas en esta encuesta no se revelarán a ninguna persona o agencia, salvo de forma resumida para todos los participantes del estudio combinados ¿Diría usted que los ingresos totales de su hogar en el 2018 antes de impuestos o deducciones (es/será)...

- 1 menos de \$15,000
- 2 \$15,001 a \$25,000
- 3 \$25,001 a \$35,000
- 4 \$35,001 a \$50,000
- 5 \$50,001 a \$65,000
- 6 \$65,001 o más

J24_M

¿Aproximadamente qué parte de los ingresos de su hogar en el 2018 provino de su trabajo como proveedor de cuidado de niños?

- 1 Todo
- 2 Casi todo
- 2 Más de la mitad
- 3 Más o menos la mitad
- 4 Menos de la mitad
- 5 Muy poca

6 Ninguna

Section K. Operations

INSTRUCTION K1B: IF PROVIDER NOT PAID FOR CARE IN 2018 (J24_M=none), SKIP TO END. ELSE GO TO K4_M

K4_M

En total, ¿cuánto gastó/gastará para cuidar de niños durante el 2018, por ejemplo, en comidas, equipo, suministros o pagos por otros servicios? No incluya ningún sueldo que les haya pagado a asistentes que le ayudaron a cuidar a los niños. Puede proporcionar un cálculo aproximado.

- 1 Menos de \$250
- 2 \$251 a \$750
- 3 \$751 a \$1,500
- 4 Más de \$1,500

K5_M

La siguiente lista contiene distintos tipos de ingresos que podrían recibir las personas que cuidan de niños. Indique cuánto recibió en el 2018, si corresponde, de cada una de las siguientes categorías por el cuidado de niños.

Type of Income	Dollars	
a. Pagos <i>de padres</i> (incluidos los cargos por pagos atrasados, excursiones o viajes de estudio, pañales, transporte, matrícula, etc.)		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
a2. IF K5_M_a IS MISSING, ASK, "No especificó un monto para los Pagos de los padres (incluidas cuotas por retraso, excursiones escolares, pañales, transporte, inscripción, etc.). ¿Recibió algún ingreso de esta fuente en 2018?"		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b Reembolsos de agencias del gobierno (vales/certificados, contratos, preescolar, distritos escolares públicos, programa de alimentación Child and Adult Care Food Program (USDA))		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
b2. IF K5_M_b IS MISSING, ASK, "No especificó un monto de Reembolsos de agencias del gobierno (vales/certificados, contratos, Pre-k, distritos escolares públicos, Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (USDA)). ¿Recibió algún ingreso de esta fuente en 2018?"		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Home-based Provider Screener and Questionnaire (Spanish)

<p>c. Pagos de otros individuos o grupos (familiares, organizaciones caritativas, empleadores, iglesias)</p>		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
<p>c2. IF K5_M_c IS MISSING, ASK “No especificó un monto para los Pagos de otras personas o grupos (familiares, caridades, empleadores, iglesias). ¿Recibió algún ingreso de esta fuente en 2018?”</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>d. Otros tipos de ingresos</p>		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
<p>d2. IF K5_M_d IS MISSING, ASK, “No especificó un monto para otros tipos de ingreso. ¿Recibió algún ingreso de esta fuente en 2018?”</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>e. Eso quiere decir que usted recibió aproximadamente [TOTAL] por cuidar de niños menores de 13 años el año pasado. ¿Es correcto?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Go to g)
<p>f. (if NO to e): ¿Aproximadamente cuánto diría usted que (recibió/recibirá en total) en 2018 por cuidar a niños menores de 13 años de edad?</p>	<p>\$_____</p>	
<p>g. IF K5_M_f MISSING, ASK: Entender los desafíos financieros y las oportunidades de proporcionar cuidado basado en el hogar es clave para entender el costo real que las familias y los proveedores pagan por el cuidado de niños. Indique cuál de los siguientes describe mejor el monto total que recibió en 2018 por el cuidado de niños menores de 13 años.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Menos de \$2500 2 <input type="checkbox"/> \$2501 a \$7500 3 <input type="checkbox"/> \$7501 a \$1,500 4 <input type="checkbox"/> Más de \$1,500</p>		

END. Gracias por tomar tiempo para responder esta encuesta. CLICK NEXT TO END THE SURVEY