

Appendix A-8b: Semi-Structured Guide, CATI,
Spanish (also to be used for web survey pretest)

Survey of SNAP and Work

MONTH, DAY, YEAR (Insert date after OMB clearance)

INTRODUCTION TO COGNITIVE INTERVIEW AND INFORMED CONSENT

Gracias por su ayuda hoy. Mi nombre es _____ y trabajo para [Westat, una compañía de estudios de investigación ubicada en Rockville, MD/Social Policy Research Associates, una compañía de estudios de investigación ubicada en Oakland, California]. Permítame darle una información general acerca de lo que haremos hoy. Westat está trabajando en un proyecto llamado SNAP y el trabajo. La encuesta se realiza para el Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

En la encuesta se hacen preguntas acerca del empleo de las personas. Queremos asegurarnos de que las preguntas son fáciles de entender y de responder. Su ayuda hoy consistirá en contestar una serie de preguntas nuevas y compartir sus reacciones y razonamiento. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Su opinión nos ayudará a asegurarnos que las personas entienden las preguntas tal como se han planeado.

Antes de empezar quisiera mencionarle algunas cosas:

- Este es un proyecto de investigación y su participación es voluntaria. Si prefiere no contestar ciertas preguntas, simplemente avíseme y pasaremos a la siguiente pregunta. Usted puede detener esta entrevista en cualquier momento.
- Avanzaremos sección por sección. Como entrevistador, le haré cada pregunta de la encuesta y usted la contestará. Cuando lleguemos al final de cada sección, pararemos y le haré algunas preguntas específicas acerca de la encuesta que acaba de contestar. [*As needed: Adapt instructions when the full instrument is being read, followed by retrospective probing.*] Después de que conteste las preguntas que le voy a hacer, le haré algunas preguntas de seguimiento para poder entender cómo comprendió usted las preguntas.
- Por ejemplo, a veces le preguntaré por qué contestó una pregunta de esa manera o le preguntaré qué significa para usted una pregunta. Esto no quiere decir que usted haya contestado una pregunta de manera incorrecta. No hay respuestas correctas ni incorrectas en la entrevista. Igualmente, quisiera hacerle saber que no le estoy haciendo una prueba. Simplemente le voy pedir que me ayude a entender cómo podemos mejorar estas preguntas. Ya que estamos probando las preguntas, por favor, dígame si alguna pregunta no es clara.
- Mantendremos sus respuestas en privado. Eso quiere decir que nunca usaremos su nombre en ningún informe.
- La entrevista tomará aproximadamente una hora y le daremos 40 dólares por su ayuda hoy.

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- Si está bien con usted, quisiera grabar nuestra entrevista para no tener que tomar demasiados apuntes mientras hablamos y para tener un registro preciso de lo que usted me diga. Únicamente las personas que trabajan en el proyecto tendrán acceso a la información que usted nos dé. Destruiremos la grabación después de que nuestro proyecto haya terminado.
- Finalmente, algunas de las personas que trabajan en este proyecto están escuchando/observando nuestra entrevista para ver directamente si hay cosas que se necesitan cambiar.

[ASK RESPONDENT IF HE/SHE HAS ANY QUESTIONS BEFORE PROCEEDING.]

[HAND CONSENT FORM TO RESPONDENT] Este formulario cubre los puntos que le acabo de mencionar. Por favor, léalo y si está de acuerdo, fírmelo.

Muy bien. Empecemos.

[TURN ON RECORDER.] Hoy es _____. Ahora que la grabadora está encendida, permítame preguntarle otra vez, ¿tenemos su autorización para grabar esta entrevista?

Cognitive Interviewer Responsibilities during Testing

Before interview

- Obtain digital recorder. Verify that batteries are working and recorder is operational. If needed, request digital camera from OASYS Loaner Pool.
- Use your phone or stop watch to measure section completion times before probing.
- Obtain interview folder from recruiters.

Interview

- Administer informed consent and have participant sign form (if in-person). Give respondent second copy to keep.
- Start recorder.
- Administer protocol one section at a time. Record completion time of each section prior to probing.
- Administer the probes listed with questions, as needed. If a section does not have pre-defined cognitive probes, follow up if you notice confusion or hesitation at the end of the section.
- At the conclusion of the survey, ask R all the debriefing items.
- Check with observer(s) to see if there are any outstanding questions/probes to administer (before concluding interview).
- Turn off recorder.

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- [If in person]: distribute incentive & have respondent sign receipt. [If by phone]: confirm address for sending incentive.
- Label interview packet with respondent ID, date, time, and interviewer initials.
-

Name recordings

- For interviews, name your recordings using the following naming convention:
(DATE: Respondent ID: Interviewer initials)

Upload recordings on same day

- Save to the secured project drive:

Identify PII on recordings

- In the case that any personally identifiable information (PII) is included in the recording, please notify project director. List the timestamps for any PII that need to be redacted.

Record, then later sum up the time taken to complete each section that is covered in the interview.

SECTION	Start time (min)	End time (min)	Total time (min)
Cover page			
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
H			
I			
TOTAL			

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Introduction

NEED TO ADD CONACT INFO.

ONCE ON PHONE WITH R:

Usted ha sido seleccionado para participar en la *Encuesta de SNAP y el trabajo*. Westat está haciendo este estudio en nombre del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. En la encuesta se harán preguntas sobre usted y sus trabajos recientes. Los resultados se usarán para servir mejor a las personas que reciben beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria, también conocido como SNAP o como [STATE SNAP] en su estado.

Contestar la encuesta únicamente tomará unos 30 minutos. Como incentivo, y para cubrir cualquier costo que le genere su participación, le enviaremos 40 dólares en efectivo.

La participación en esta entrevista es totalmente voluntaria. Recuerde que sus respuestas se mantendrán en privado excepto cuando lo exija la ley, y no se compartirán con el encargado de elegibilidad de SNAP ni con personas ajenas a la realización del estudio. Ni su nombre ni otra información que lo pueda identificar se usará en ningún informe. La información que usted nos dé se combinará con la información de los demás participantes en el estudio. Se puede saltar cualquier pregunta que prefiera no contestar. Si decide no participar, no recibirá ninguna sanción ni sus beneficios se verán afectados. Según se describe en el sistema de notificación de registros (SORN, por sus siglas en inglés) titulado *FNS-8 USDA/FNS Studies and Reports* (publicado en el registro federal el 25 de abril de 1991, volumen 56, páginas 19078-19080), el FNS y sus contratistas que trabajen en nombre del FNS pueden recolectar y analizar esta información con fines de estudios de investigación y se les exige que tengan medidas de protección para mantener los datos en privado.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Westat en el 1-XXX-XXX-XXXX o en xxxxxx@xxxx.com.

¿Está listo para comenzar?

¿Cuál es su impresión hasta aquí después de haber leído las instrucciones?

Las instrucciones, ¿lo motivan a contestar la encuesta o no? ¿Por qué?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section A: Demographic Characteristics

[Ask R to complete all of A1 – A13 and then probe using the probes provided per question, as needed. Due to time constraints, there are very few probes for this section, since respondents are likely to be familiar with demographic questions.]

Para comenzar le voy a hacer algunas preguntas generales acerca de usted.

A1. ¿Cuál es el mes y año de su nacimiento?

Month

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

4-digit Year

A2. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino
- DON'T KNOW
- REFUSED

A3. ETHNICITY: ¿Es usted hispano o latino?

- Sí. Hispano o latino
- NO. Ni hispano ni latino
- DON'T KNOW
- REFUSED

A4. RACE: ¿De qué raza es usted? Puede decir una o más razas. En esta encuesta el origen hispano no se considera una raza. ¿Es usted de raza india americana o nativa de Alaska; asiática; negra o africana americana; nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico o blanca?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASIAN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BLACK OR AFRICAN AMERICAN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WHITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A5. ¿Es usted casado, viudo, divorciado, separado o nunca se ha casado?

- CASADO
- VIUDO
- DIVORCIADO
- SEPARADO
- NUNCA SE HA CASADO
- DON'T KNOW
- REFUSED

A6. ¿Alguna vez ha estado en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?

- YES
- NO [SKIP TO A8]
- DON'T KNOW
- REFUSED

A7. ¿Actualmente está en el servicio militar activo en las Fuerzas Armadas?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

A8. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de escuela que ha completado o cuál es el título más alto que ha recibido?

- 12 GRADO O MENOS, PERO NO SE GRADUÓ
- EQUIVALENTE AL DIPLOMA DE SECUNDARIA O HIGH SCHOOL, COMO EL GED

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- SE GRADUÓ DE SECUNDARIA O HIGH SCHOOL
- ALGO DE UNIVERSIDAD, PERO NO SE GRADUÓ
- TÍTULO DE ASOCIADO EN UNA UNIVERSIDAD EN UN PROGRAMA OCUPACIONAL O VOCACIONAL (POR EJEMPLO, ASOCIADO EN CIENCIAS APLICADAS COMO CONTABILIDAD, ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, ENFERMERÍA, DISEÑO DE PÁGINAS WEB O ESTUDIOS PARALEGALES)
- TÍTULO DE ASOCIADO EN UNA UNIVERSIDAD EN UN PROGRAMA ACADÉMICO (POR EJEMPLO, ASOCIADO EN ARTES O ASOCIADO EN CIENCIA)
- LICENCIATURA (POR EJEMPLO, BA, AB, BS)
- MAESTRÍA (POR EJEMPLO, MA, MS, MBA); TÍTULO DE ESTUDIOS ESPECIALIZADOS (POR EJEMPLO, MD, DDS, JD); O DOCTORADO (POR EJEMPLO, PHD, EDD)
- DON'T KNOW
- REFUSED

A9. Actualmente, ¿tiene un certificado profesional o una licencia activa del estado o de una industria? No incluya licencias comerciales, como una licencia de licores o de ventas. Un certificado o licencia profesional demuestra que usted tiene las cualificaciones para realizar un trabajo específico. [READ IF NEEDED: Ejemplos incluyen una licencia de bienes raíces, un certificado de asistente médico, una licencia de maestros o un certificado de informático.

- YES
- NO → [SKIP TO A11]
- DON'T KNOW → [SKIP TO A11]
- REFUSED → [SKIP TO A11]

En sus propias palabras, ¿qué se está preguntando en esta pregunta? ¿Cómo interpretó usted esta pregunta al contestarla?

¿Qué significa para usted la palabra "activa" en esta pregunta?

¿Fue la pregunta fácil o difícil de contestar?

A10. ¿Qué tipo de certificado o licencia es? Si tiene más de dos, por favor, dígame cuál obtuvo más recientemente.

- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo llegó a su respuesta?

¿Qué significa para usted "tipo de certificado" en esta pregunta?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

A11. ¿Habla otro idioma aparte de inglés en su hogar?

- YES
- NO → [SKIP TO SECTION B]
- DON'T KNOW → [SKIP TO SECTION B]
- REFUSED → [SKIP TO SECTION B]

A12. ¿Qué idioma?

- DON'T KNOW
- REFUSED

A13. ¿Qué tan bien habla inglés? ¿Diría usted...?

- Muy bien
- Bien
- Regular o
- Nada
- DON'T KNOW
- REFUSED

Section End Probe

¿Hubo alguna otra pregunta en esta sección que fue difícil de contestar?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section B: Employment

[Ask R to complete all of B1-B32 and then probe using the provided probes per question as needed.]

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de todos los trabajos que ha tenido desde [Sample month - 6]. Primero, le preguntaremos acerca de su trabajo actual o del más reciente. Después, le preguntaremos acerca de otros trabajos que haya tenido desde [Sample month - 6].

B1. ¿Alguna vez ha trabajado por paga desde [Sample month - 6]? Por favor, incluya trabajos a medio tiempo, trabajitos ocasionales, trabajos por cuenta propia, trabajos que haya hecho como contratista independiente o cualquier otro trabajo que haya hecho por paga desde [Sample month - 6].

- YES
- NO → [SKIP TO B2]
- DON'T KNOW → [SKIP TO B2]
- REFUSED → [SKIP TO B2]

[if B1=yes]

B1a. ¿Cuántos trabajos por separado en total ha tenido desde [Sample month -6]? Si no está seguro de cuántos trabajos ha tenido, dígamelo.

[IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

_____ jobs [SKIP TO B3]

- DON'T KNOW [SKIP TO B1b]
- REFUSED

[if B1a=DK]

B1b. ¿Aproximadamente cuántos trabajos fueron? ¿Aproximadamente cuántos trabajos ha tenido desde [Sample month - 6]?

- 1 o 2 trabajos
- 3 o 4 trabajos
- 5 a 7 trabajos
- 8 a 10 trabajos
- Más de 10 trabajos
- DON'T KNOW
- REFUSED

[SKIP TO B3]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B2. ¿Alguna vez ha trabajado por paga en algún momento antes de [Sample month - 6]?

- YES
- NO [SKIP TO B30]
- DON'T KNOW [SKIP TO B30]
- REFUSED [SKIP TO B30]

B2a. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó por paga? Si no está seguro, dígamelo.

[IF R INDICATES NOT SURE/DK FOR YEAR, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Month

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

[If B2a MMYYYY is given, SKIP TO B30; if B2aMONTH is DK and B2YEAR is DK, ASK B2b]

B2b. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo fue la última vez que trabajó? ¿La última vez que trabajó fue...?

- Hace 1 o 2 años
- Hace más de 2 años, pero menos de 5 años
- Hace más de 5 años
- DON'T KNOW
- REFUSED

[SKIP to B30]

¿En qué periodo de tiempo estaba pensando cuando contestó estas preguntas - desde cuándo hasta cuándo?

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contar la cantidad de trabajos que ha tenido? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

B3. Actualmente, ¿está trabajando por paga?

- YES
- NO→ [SKIP TO B7]
- DON'T KNOW→ [SKIP TO B7]
- REFUSED→ [SKIP TO B7]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B4. Ahora hablemos de la SEMANA PASADA. LA SEMANA PASADA, ¿tenía más de un trabajo, incluyendo un trabajo a medio tiempo, en las noches o en los fines de semana?

- YES
- NO → [SKIP TO B7]
- DON'T KNOW → [SKIP TO B7]
- REFUSED → [SKIP TO B7]

B5. En total, ¿cuántos trabajos tenía la semana pasada?

- 2 trabajos,
- 3 trabajos o
- 4 o más trabajos
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo decidió su respuesta?

B6. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted NORMALMENTE en todos sus trabajos combinados, o varían las horas cada semana?

Hours per week

- Las horas varían cada semana
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo llegó a su respuesta?

[If B6=Hours vary each week, ask B6a]

B6a. Contando todos sus trabajos, ¿aproximadamente cuántas horas diría usted que trabajó normalmente en una semana durante el mes pasado? ¿Diría usted...?

- 1 a 14 horas a la semana,
- 15 a 29 horas a la semana,
- 30 a 34 horas a la semana,
- 35 a 40 horas a la semana o
- Más de 40 horas a la semana
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo decidió su respuesta?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

¿Es fácil o difícil contar la cantidad de horas que trabaja? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué?

¿Cuánto varían sus horas de trabajo de semana a semana? Trabajo mínimo __ horas a la semana, pero no más de __ horas a la semana.

B7. Las siguientes preguntas son acerca de [su trabajo actual/el trabajo en el que pasó la mayor cantidad de tiempo la semana pasada/el trabajo que tuvo más recientemente]. ¿Qué tipo de trabajo [hace/hizo], es decir cuál [es/fue] su ocupación? Por ejemplo; plomero, mecanógrafo, agricultor.

- DON'T KNOW
- REFUSED

B8. ¿Cuál [es/era] el nombre de su empleador? ¿O trabaja por cuenta propia?

Name of employer

- Trabaja por cuenta propia
- DON'T KNOW
- REFUSED

B9. ¿Qué tipo de negocio o industria [es/era]? ¿Qué [hace/hizo] usted o que le [pide/pidió] su empleador que haga?

- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué tan fácil o difícil fue decidir su respuesta a esta pregunta, es decir el tipo de negocio o industria en la que trabaja? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

B10. ¿En qué mes y año comenzó a trabajar en este empleo?

Month

4 Digit Year

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

¿Cómo llegó a su respuesta?

¿Qué tan fácil o tan difícil fue recordar el mes? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

[if B3=No, not currently working, ask B11; if B3=Yes, SKIP TO B12]

B11. ¿En qué mes y año dejó de trabajar en este empleo? Si no está seguro cuándo, dígamelo.

[IF R INDICATES NOT SURE/DK IN YEAR, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Month

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

¿Cómo llegó a su respuesta?

¿Qué tan fácil o tan difícil fue recordar el mes? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

[if B11=DK, ask B11a; otherwise, SKIP TO B11b]

B11a Aproximadamente, ¿cuándo dejó de trabajar en este empleo? ¿Fue...?

- El mes pasado,
- Hace 1 a 2 meses,
- Hace 3 a 5 meses o
- Hace más de 5 meses
- DON'T KNOW
- REFUSED

B11b ¿Por qué dejó de trabajar? Le voy a leer una lista de las posibles razones por las que haya dejado de trabajar. Dígame cuál de las siguientes es la razón PRINCIPAL por la que dejó de trabajar.

- Se terminó el trabajo o la fábrica cerró
- Final de un trabajo temporal o estacional
- Lo despidieron
- Embarazo o nacimiento de un niño
- Otra razón relacionada con la familia
- Problemas de salud
- Renunció para buscar otro trabajo

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- Regresó a estudiar o para dedicar más tiempo a los estudios
- Se mudó
- Problemas de transporte
- Otra razón. Especifique
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo decidió su respuesta? (¿Cómo seleccionó esa opción?)

¿Hay otras razones que se deban agregar?

B12. ¿Cuántas horas a la semana (trabaja/trabajaba) normalmente en este trabajo? Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Hours per Week

- DON'T KNOW
- REFUSED

[if B12= DK, ask B13; otherwise, SKIP TO instruction before B14]

B13. Aproximadamente, ¿cuántas horas (trabaja/trabajaba) en este empleo en una semana típica?

- 1 – 14 horas,
- 15 – 29 horas,
- 30 – 34 horas,
- 35 – 40 horas o
- Más de 40 horas
- DON'T KNOW
- REFUSED

[if B12 < 35 or B13= (1, 2, 3), ask B14; otherwise, SKIP TO B16]

B14. ¿(Quiere/Quería) trabajar una semana completa de 35 horas o más?

- YES
- NO [SKIP TO B16]
- DON'T KNOW [SKIP TO B16]
- REFUSED [SKIP TO B16]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B15. Algunas personas trabajan medio tiempo porque no pueden encontrar trabajo de tiempo completo o porque el trabajo no anda bien. Otras trabajan medio tiempo debido a obligaciones familiares o a otras razones personales. Le voy a leer una lista de razones por las que las personas posiblemente trabajan medio tiempo. Por favor dígame la razón PRINCIPAL por la que trabaja medio tiempo en este trabajo.

- Le redujeron el horario
- Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
- Trabajo temporal o estacional
- Problemas con el cuidado infantil
- Otras obligaciones personal o familiares
- Limitaciones médicas o de salud
- Estudios/Capacitaciones
- Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
- ¿Otra razón? IF ANOTHER REASON: ¿Cuál es la razón principal por la que trabaja medio tiempo?
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué tan fácil o tan difícil fue seleccionar solamente una respuesta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

B15a. ¿Había otra razón importante por la que trabaja medio tiempo? ¿Qué razón era?

[IF R INDICATES NO OTHER REASON, SELECT "THERE WAS NO OTHER REASON"]

- Le redujeron el horario
- Únicamente pudo conseguir trabajo a medio tiempo
- Trabajo temporal o estacional
- Problemas con el cuidado infantil
- Otras obligaciones personal o familiares
- Limitaciones médicas o de salud
- Estudios/Capacitaciones
- Jubilado/Límites del Seguro Social en los ingresos
- ¿Otra razón? IF ANOTHER REASON: ¿Cuál es la otra razón por la que trabaja medio tiempo?
- THERE WAS NO OTHER REASON
- DON'T KNOW
- REFUSED
-

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B16. Normalmente, ¿cómo (llega/llegaba) a este trabajo? Si normalmente (usa/usaba) más de un medio de transporte durante el viaje, dígame el medio que usó la mayor parte de la distancia.

- Manejando un vehículo personal propio o de su familia, como un automóvil, camioneta o motocicleta,
- Viajando con un amigo, familiar o compañero de trabajo,
- Viajando en transporte público como autobús, tranvía, metro, ferry o tren,
- Taxi,
- Bicicleta,
- Caminando,
- Trabajó desde su casa o
- ¿Usó otro método?
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo decidió su respuesta?

B17. Normalmente, ¿cuánto tiempo le (toma/tomaba) llegar al trabajo? Cuento solamente el tiempo de ida.

Minutes

- DON'T KNOW
- REFUSED

B18. ¿Cuánto (gana/ganaba) usted (en/cuando dejó) este trabajo y cada cuánto le pagan? Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra. Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Amount

- HOURLY
- WEEKLY
- EVERY TWO WEEKS
- MONTHLY
- YEARLY
- OTHER SPECIFY _____
- DON'T KNOW → [SKIP TO B18C]
- REFUSED

¿Cómo llegó a su respuesta a esta pregunta con respecto a sus ingresos?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

[If amount is given in B18, ask B18a; if B18=Don't Know, SKIP TO B18c]

B18a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?

- BEFORE TAXES AND OTHER DEDUCTIONS→ [SKIP TO B19]
- AFTER TAXES AND OTHER DEDUCTIONS
- DON'T KNOW→ [SKIP TO B19]
- REFUSED→ [SKIP TO B19]

[If B18a=After taxes and deductions, ask B18b; otherwise, skip to B19]

B18b. ¿Cuánto era *antes de* impuestos y otras deducciones? [CONFIRM THAT THEY ARE ANSWERING IN SAME UNIT AS B18]

Amount

- HOURLY
- WEEKLY
- EVERY TWO WEEKS
- MONTHLY
- YEARLY
- OTHER SPECIFY _____
- DON'T KNOW

- REFUSED

[SKIP TO B19]

[If B18=Don't Know, ask B18c]

B18c. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?

- Menos de \$100 a la semana
- \$100 a \$250 a la semana
- \$251 a \$500 a la semana
- \$501 a \$750 a la semana
- Más de \$750 a la semana
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Cómo llegó a su respuesta? ¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

¿Fueron útiles las opciones que se ofrecen o no? ¿Por qué?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B19. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su horario en este trabajo? ¿Diría usted...?

- Horario habitual durante el día, es decir, trabaja en algún momento entre 6 de la mañana y 6 de la tarde con un horario igual o similar todas las semanas
- Horario habitual durante la noche, es decir, trabaja en algún momento entre 6 de la tarde y 6 de la mañana con un horario igual o similar todas las semanas
- Horario rotativo, es decir, cambia regularmente de días a tardes a noches
- Horario dividido, es decir, tiene dos periodos distintos cada día u
- Horario irregular, es decir, cambia cada día o cada semana
- DON'T KNOW
- REFUSED

**¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?
 ¿Qué significa para usted "horario habitual", "horario rotativo" y "horario dividido"?
 ¿Hay otra manera en la que describiría su horario de trabajo?**

B20. ¿Cómo describiría este trabajo? Por favor, conteste sí o no para cada afirmación. ¿Es...?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. Un trabajo normal permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Trabajo por cuenta propia/trabajo que hace para un negocio propio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Trabajo por temporada o estacional, es decir lo contrataron solamente por unas semanas o meses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Trabajo para una agencia de empleos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Un trabajito ocasional, es decir lo contrataron solamente por unas horas o días y no anticipaba que fuera a ser por más tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Trabaja como contratista independiente o como trabajador independiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Trabajo que hace para un amigo o familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. ¿Algo más que no se haya incluido? IF YES: Por favor, describa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B21. ¿(Tiene/Tenía) alguno de los siguientes beneficios disponibles para usted en este trabajo?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. Licencia por enfermedad con pago completo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Vacaciones con pago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Feriados con pago, tal como Navidad y Año Nuevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

d. Beneficios dentales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Un plan de salud o seguro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Un plan de jubilación o 401K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Reembolso de matrículas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Tiene algo más que agregar a esta lista de beneficios?

[IF B21E=YES, ask B22; otherwise, SKIP TO B23]

B22. ¿(Está/Estaba) inscrito en el plan de seguro médico en este trabajo?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

B23. ¿Ha trabajado en otro empleo por paga desde [Sample Month - 6]?

- YES
- NO → [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]
- DON'T KNOW → [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]
- REFUSED → [SKIP TO INSTRUCTION PRECEDING B30]

[if B23= Yes]

Cuénteme acerca del trabajo que usted tuvo antes del que acaba de describir.

B24. ¿Cuál es el nombre de su empleador en este trabajo? ¿O trabaja por cuenta propia?

Name of employer

- Trabaja por cuenta propia
- DON'T KNOW
- REFUSED

B25. ¿En qué mes y año comenzó a trabajar en este empleo?

Month

4 Digit Year

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

¿Cómo recordó el mes [y año]?

B26. ¿En qué mes y año dejó de trabajar en este empleo, o todavía está trabajando aquí?

Month

4 Digit Year

STILL WORKING THERE

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

B27. ¿Cuántas horas a la semana trabaja usted normalmente en este empleo? Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Cuántas horas a la semana

DON'T KNOW

REFUSED

[if B27= Don't know, ask B28; otherwise, SKIP TO B29]

B28. Aproximadamente, ¿cuántas horas trabajaba en este empleo en una semana típica?

1 – 14 horas,

15 – 29 horas,

30 – 34 horas,

35 – 40 horas o

Más de 40 horas

DON'T KNOW

REFUSED

¿Cómo interpreta el término "semana típica"?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B29. ¿Cuánto ganaba cuando dejó este trabajo? Puede contestar por hora, semana, quincena, mes o año. Incluya propinas, comisiones, bonos y tiempo extra. Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Amount

- HOURLY
- WEEKLY
- EVERY TWO WEEKS
- MONTHLY
- YEARLY
- DON'T REMEMBER → [SKIP TO B29c]

- DON'T KNOW → [SKIP TO B29c]
- REFUSED → [SKIP TO B29c]

[If amount is given in B29, ask B29a; if B29=Don't Know, SKIP TO B29c]

B29a. ¿Es esa cantidad antes o después de impuestos y otras deducciones?

- BEFORE TAXES AND OTHER DEDUCTIONS → [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]
- AFTER TAXES AND OTHER DEDUCTIONS → [ASK B29B]
- DON'T KNOW → [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]
- REFUSED → [REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esto? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

[If B29a=After taxes and deductions, ask B29b]

B29b. ¿Cuánto era antes de impuestos y otras deducciones? [CONFIRM THEY ARE ANSWERING IN SAME UNIT AS B29]

Amount

- HOURLY
- WEEKLY
- EVERY TWO WEEKS
- MONTHLY
- YEARLY
- OTHER SPECIFY _____
- DON'T KNOW

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

REFUSED

[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH – 6]

[If B29a=Don't Know, ask B29c]

B29c ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la cantidad aproximada que ganó en este trabajo durante una semana típica?

- Menos de \$100 a la semana,
- \$100 a \$250 a la semana,
- \$251 a \$500 a la semana,
- \$501 a \$750 a la semana
- Más de \$750 a la semana
- DON'T REMEMBER

REFUSED

[REPEAT B23-B29 FOR ALL PREVIOUS JOBS GOING BACK TO SAMPLEMONTH - 6]

[If B1=No or B3=No then ask B30; otherwise SKIP TO SECTION C]

B30. ¿Cuál es la razón principal por la que no está trabajando actualmente? ¿Es debido a...?

- Un embarazo o el nacimiento reciente de un niño
- Que está enfermo o tiene una discapacidad
- Que está jubilado
- Que está cuidando del hogar o de la familia
- Que va a ir a la escuela o a un programa de capacitación laboral
- Que no pudo encontrar trabajo
- Otra razón

[IF R INDICATES SOME OTHER REASON, ASK]: ¿Qué otra razón?

-
- DON'T KNOW
 - REFUSED

B31. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha estado buscando trabajo ACTIVAMENTE?

- YES
- NO → [SKIP TO C1]
- DON'T KNOW → [SKIP TO C1]
- REFUSED → [SKIP TO C1]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

B32. LA SEMANA PASADA, ¿pudo haber comenzado un trabajo si se lo hubieran ofrecido?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

B33. Actualmente, ¿recibe alguna compensación estatal o federal por desempleo?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

End of Section Probes

En esta sección que acabamos de completar (Sección B), ¿qué preguntas fueron las más difíciles de contestar?

Aparte de las preguntas de las que ya hemos hablado en la sección B, ¿hay otras que fueron difíciles de entender? ¿Por qué?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section C. Education, Training and Employment Services

[Ask R to complete all of C1 – C13 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de la educación, la capacitación y los servicios de empleo que haya recibido en los últimos 12 meses; es decir desde [mmddyyyy].

C1. Primero, quisiéramos saber si usted asistió a algún programa de educación (escuela secundaria o high school, educación básica para adultos o universidad) o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy].

¿Ha estado matriculado en una escuela o programa de capacitación laboral desde [mmddyyyy]?

- YES
- NO [SKIP TO C3]
- DON'T KNOW [SKIP TO C3]
- REFUSED [SKIP TO C3]

C2. ¿En cuántos programas de educación o de capacitación ha participado desde [mmddyyyy]? nuevo

_____ number of programs

C3. Actualmente, ¿está matriculado en un programa de educación o capacitación?

- YES
- NO [SKIP TO C13 if C2=0; if C2>0 GO to C4]
- DON'T KNOW [SKIP TO C13]
- REFUSED [SKIP TO C13]

[If C3=yes] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación al que está actualmente asistiendo.

[If C3=no and C2 > 1] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación al que ha asistido más recientemente.

[If C3=no and C2 = 1] Las siguientes preguntas son acerca del programa de educación o capacitación al que ha asistido desde [mmddyyyy].

C4. ¿Dónde (participa/participó) en esa educación o capacitación? ¿(Fue/Es) es...?

- Una escuela secundaria o High school

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- Una universidad comunitaria con programas de 2 años
- Una universidad con programas de 4 años
- Una escuela vocacional, técnica o de negocios
- Una compañía privada que ofrece capacitación (puede incluir a su empleador)
- Un programa de capacitación de aprendizaje (afiliado con un sindicato)
- Una agencia comunitaria
 - U otro lugar [IF ENDORSED] ¿Dónde (participa/participó) en ese programa de educación o capacitación?

 - DON'T KNOW
 - REFUSED

C5. ¿En qué mes y año comenzó su educación o capacitación?

Month

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

[SKIP TO C7 IF C3=YES]

C6. ¿En qué mes y año dejó de asistir a su educación o capacitación?

Month

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

[SKIP to C8 if C3>0]

[ASK IF C3=YES]

C7. ¿En qué mes y año anticipa dejar de asistir a su educación o capacitación?

Month

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

C8. ¿Cuántas horas a la semana [asiste/asistió] a este programa de educación o programa de capacitación?

_____ hours per week

- DON'T KNOW
- REFUSED

C9. ¿(Recibe/recibía) capacitación en alguna especialidad u ocupación, o (toma/tomaba) un programa de educación en general?

- Educación general [SKIP TO C11]
- En alguna especialidad u ocupación
- DON'T KNOW [SKIP TO C11]
- REFUSED [SKIP TO C11]

C10. ¿Para qué tipo de trabajo [recibe/recibía] capacitación? Por ejemplo, educación, salud o mercadeo. [READ CHOICES IF NECESSARY]

- AGRICULTURA Y RECURSOS NATURALES
- ADMINISTRACIÓN Y APOYO DE EMPRESAS (COMO ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS, CONTABILIDAD Y SECRETARIADO)
- COMUNICACIÓN Y DISEÑO
 - CIENCIAS INFORMÁTICAS Y DE COMPUTACIÓN (COMO PROGRAMACIÓN, PROCESAMIENTO DE DATOS, REDES INFORMÁTICAS)
- SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN
- SERVICIOS PERSONALES O AL CONSUMIDOR (COMO SERVICIOS CULINARIOS, COSMETOLOGÍA Y ESTUDIOS DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO)
- EDUCACIÓN
- INGENIERÍA Y CIENCIAS TECNOLÓGICAS
 - SALUD (COMO APOYO DENTAL, ASISTENTE MÉDICO, TERAPIA FÍSICA, ENFERMERÍA Y DIAGNÓSTICO MÉDICO)
- MERCADEO
- MANUFACTURA
- MECÁNICA Y REPARACIÓN

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN (INCLUYENDO JUSTICIA PENAL Y OTROS SERVICIOS DE PROTECCIÓN)

TRANSPORTE Y TRASLADO DE MERCANCÍAS

OTRO

ESPECIFIQUE _____

DON'T KNOW

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

[ASK IF C3=NO]

C11. ¿Completó esa educación o capacitación?

YES

NO [SKIP TO C13]

DON'T KNOW

REFUSED

[ASK IF C3=NO]

C12. ¿Recibió un título, un certificado o una licencia por haber completado ese programa?

YES

NO

DON'T KNOW

REFUSED

C13. ¿En los últimos 12 meses ha recibido alguno de los siguientes tipos de servicios de empleo?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSE D
a. Orientación laboral incluyendo exámenes para ver para qué trabajos está usted capacitado, información acerca de educación o programas de capacitación, información acerca de cómo cambiar de carrera o información acerca de qué trabajos están disponibles en su área local.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ayuda con búsqueda de empleo incluyendo la ayuda con búsqueda de empleo, referencias a empleos o empleados u ofrecer información del mercado laboral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Capacitación de empleo incluyendo completar la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

solicitud de empleo, preparar un CV o ir a una entrevista.

- d. Servicios comunitarios o programa de trabajo/voluntariado para personas desempleadas

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

[If at least one YES is checked in C13, ask C14; otherwise SKIP TO SECTION D]

C14. ¿Quién proporcionó los servicios de empleo más recientes que usted recibió? ¿Fue...?

- Oficina de American Job Center (o de Employment Services)
 - Oficina de seguro estatal de desempleo
 - Otra agencia del gobierno
 - Una agencia comunitaria
 - Su empleador
 - Una escuela o universidad
 - Una agencia de empleos
 - Otro lugar
- [IF SOMEWHERE ELSE] ¿Quién proporcionó los servicios de empleo?
- _____
- DON'T KNOW
 - REFUSED

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section D. Barriers to Employment

[Ask R to complete all of D1 - D10 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de factores que son considerados como barreras u obstáculos por las personas para conseguir un trabajo. Recuerde que sus respuestas se protegerán y mantendrán en privado.

D1. ¿Tiene un problema físico, emocional o de salud que limite la cantidad o el tipo de trabajo que puede hacer?

- YES
- NO [SKIP TO D3]
- DON'T KNOW [SKIP TO D3]
- REFUSED [SKIP TO D3]

D2. ¿Qué tipo de problemas de salud que limiten su trabajo tiene? ¿Tiene...?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
Una discapacidad, una lesión o enfermedad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un problema de salud mental o emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una discapacidad de aprendizaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algún otro problema de salud que limite su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IF YES: ¿Qué problema de salud?				

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

Miremos las palabras "problemas de salud que limiten su trabajo". ¿En qué tipo de problemas está pensando?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

D3. ¿Alguna vez lo han declarado o se ha declarado culpable de un delito?

- YES
- NO [SKIP TO D7]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- DON'T KNOW [SKIP TO D7]
- REFUSED [SKIP TO D7]

D4. ¿En qué mes y año fue su última condena por un delito?

Month

4-digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

D5. ¿Alguna vez ha estado en prisión?

- YES
- NO [SKIP TO D7]
- DON'T KNOW [SKIP TO D7]
- REFUSED [SKIP TO D7]

D6. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo que salió de prisión? Si estuvo en prisión más de una vez, ¿cuándo fue la vez más reciente que salió de prisión? ¿Fue...?

- Hace menos de 1 año,
- Hace 2 a 5 años o
- Hace más de 5 años
- DON'T KNOW
- REFUSED
- DON'T KNOW
- REFUSED

D7. Para cada afirmación, dígame por favor, cuánto afecta esto su obtención de empleo diciéndome un número de 1 a 5, donde 1 significa que no es una barrera para conseguir trabajo y 5 significa que es una barrera grande para conseguir trabajo.

No es barrera a 1	2	3	4	Barrera a grande 5	DON'T KNOW	REFUSE D
-------------------------	---	---	---	-----------------------------	---------------	-------------

1. No contar con un título de secundaria o High school

-
-
-
-
-
-
-

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

2. Problema de salud limitante (enfermedad/lesión)	<input type="radio"/>						
3. Falta de conocimientos o habilidades laborales adecuadas para un trabajo	<input type="radio"/>						
4. Falta de experiencia laboral	<input type="radio"/>						
5. Falta de transporte	<input type="radio"/>						
6. Falta de cuidado infantil	<input type="radio"/>						
7. Discriminación racial	<input type="radio"/>						
8. Falta de información acerca de trabajos	<input type="radio"/>						
9. Falta de una vivienda estable	<input type="radio"/>						
10. Adicción al alcohol o a las drogas	<input type="radio"/>						
11. Violencia doméstica	<input type="radio"/>						
12. Discapacidades físicas	<input type="radio"/>						
13. Enfermedad mental	<input type="radio"/>						
14. Miedo al rechazo	<input type="radio"/>						
15. Falta de ropa para el trabajo	<input type="radio"/>						
16. No hay trabajos en la comunidad	<input type="radio"/>						
17. No hay trabajos que se ajustan a sus habilidades o capacitación	<input type="radio"/>						
18. Ser padre o madre soltero	<input type="radio"/>						
19. Ser el responsable del cuidado de niños pequeños u otra persona en su hogar	<input type="radio"/>						
20. No puede hablar inglés muy bien	<input type="radio"/>						
21. No puede ni leer ni escribir muy bien	<input type="radio"/>						
22. Problemas para llegar al trabajo a tiempo	<input type="radio"/>						
23. Falta de confianza en sí mismo	<input type="radio"/>						
24. Falta de sistema de apoyo	<input type="radio"/>						
25. Falta de habilidades para lidiar con problemas diarios	<input type="radio"/>						
26. Manejo de la ira	<input type="radio"/>						
27. Antecedentes penales	<input type="radio"/>						

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

End of Section Probes

¿Qué tan fácil o tan difícil le parecieron las preguntas en esta sección? ¿Cuáles fueron especialmente difíciles de contestar?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

En esta sección se hacen preguntas acerca de la prisión, problemas de salud y dificultades para encontrar trabajo. ¿Qué le parece que en la encuesta se hagan estas preguntas? [IF NEEDED]: ¿Qué tan cómodo o incómodo se siente al contestar estas preguntas?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section E: SNAP Participation

[Ask R to complete all of E1 - E9 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

Las siguientes preguntas que le voy a hacer son acerca de su uso del Programa de asistencia nutricional suplementaria o SNAP, conocido anteriormente como Estampillas de comida o como [State Name for SNAP] en su estado.

E1. Actualmente, ¿recibe algún beneficio de SNAP?

- YES
- NO → [SKIP TO E3]
- DON'T KNOW → [SKIP TO E3]
- REFUSED → [SKIP TO E3]

E2. ¿Recibió SNAP CONTINUAMENTE, cada mes desde [Sample Month]?

- YES → [SKIP TO E7]
- NO → [SKIP TO E6]
- DON'T KNOW → [SKIP TO E6]
- REFUSED [SKIP TO E6]

E3. Desde [Sample Month], ¿ha recibido beneficios de SNAP?

- YES
- NO → [SKIP TO SECTION F]
- DON'T KNOW → [SKIP SECTION F]
- REFUSED [SKIP TO SECTION F]

E4. ¿En qué mes y año recibió beneficios de SNAP la última vez?

Month

4 Digit Year

[INCLUDE DK AND RF OPTIONS FOR BOTH MONTH AND YEAR]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

E5. ¿Por qué dejó de recibir SNAP? Por favor, dígame sí o no para cada una de las siguientes afirmaciones.

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
Dejó de ser elegible porque sus ingresos aumentaron	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dejó de ser elegible debido a cambios en la familia (p. ej. un familiar se mudó del hogar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dejó de ser elegible debido a que no cumplía con los reglas o requisitos del programa (no asistió a la escuela, a capacitaciones de trabajo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La elegibilidad terminó debido a límites de tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigue siendo elegible, pero decidió no participar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
[IF YES] ¿Cuál es la otra razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

E6. ¿Por cuántos meses desde [Sample Month] recibió beneficios de SNAP?

Please

Months

- DON'T KNOW
- REFUSED

E7. En los últimos 12 meses, ¿participó en un programa de empleo o capacitación para poder recibir los beneficios de SNAP? Voy a leerle varias afirmaciones. Dígame cuál describe mejor sus experiencias. ¿Diría usted...?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- Sí. Usted fue voluntario para participar
- Sí. Usted participó porque era un requisito para mantener los beneficios de SNAP
- No. A usted le dijeron que tenía que participar, pero no lo hizo → [SKIP TO E9]
- No. Nunca le dijeron que tenía que participar y no fue voluntario o → [SKIP TO E9]
- No. Usted participó anteriormente, pero no en los últimos 12 meses → [SKIP TO E9]
- DON'T KNOW → [SKIP TO E9]
- REFUSED → [SKIP TO E9]

¿Fue fácil o difícil contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

E8. ¿Sigue asistiendo al programa, se retiró antes de terminar el programa o lo ha completado?

- STILL ATTENDING THE PROGRAM
- LEFT BEFORE THE END OF THE PROGRAM
- COMPLETED THE PROGRAM
- DON'T KNOW
- REFUSED

E9. La agencia responsable de sus beneficios de SNAP, ¿le exigió que se inscriba para trabajo con la agencia estatal de empleo?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

End of Section Probes

De las preguntas que hemos cubierto en esta sección (Sección E), ¿hubo alguna en la que fue difícil entender lo que se estaba preguntando?

¿Hubo alguna pregunta que le pareció particularmente difícil de contestar? ¿Por qué?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section F. Health and Health Insurance

[Might not probe on this section due to time constraints.]

Las próximas preguntas son acerca de su cobertura de seguro médico.

F1. ¿Tiene cobertura de seguro médico?

- YES
- NO → [SKIP TO F3]
- DON'T KNOW → [SKIP TO F3]
- REFUSED [SKIP TO F3]

F2. ¿Qué tipo de seguro médico o de cobertura de salud tiene? Si tiene más de un tipo de cobertura, dígame qué tipo cubre la mayoría de sus gastos. Pídame que me detenga cuando llegue a la afirmación que describa mejor su seguro médico o cobertura de salud.

[INTERVIEWER: YOU DO NOT NEED TO READ THE FULL LIST]

- Seguro mediante un empleador o un sindicato actual o antiguo (por parte suya o de un familiar)
- Seguro comprado directamente a una compañía de seguros (por parte suya o de un familiar)
- Medicare, para personas mayores de 65 años o para personas con ciertas discapacidades
- Medicaid, Medical Assistance u otra clase de plan de asistencia del gobierno para personas de bajos ingresos o con discapacidades
- TRICARE u otro seguro de salud de las fuerzas armadas
- VA (incluyendo aquellos que alguna vez han usado o se han inscrito en cuidado médico de VA)
- Servicio de salud indígena
- DON'T KNOW
- Algún otro tipo de plan de seguro médico o cobertura de salud. [IF R INDICATES OTHER]: Por favor, describa qué tipo de plan de seguro médico o cobertura de salud
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil? De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

F3. En general, ¿diría que su salud es...?

- Excelente,
- Muy buena,

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- Buena,
- Regular o
- Mala
- DON'T KNOW
- REFUSED

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section G: Household Information

[Ask R to complete all of G1 - G5 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

Las siguientes preguntas son acerca del lugar donde usted vive y de las personas con quienes vive.

G1. ¿Cuál de las siguientes opciones describen mejor el tipo de lugar donde usted vive actualmente?

- Usted es propietario de su casa, incluyendo casas móviles
- Usted paga alquiler por su casa o apartamento, incluyendo casas móviles
- Vive en la casa de familiares o amigos sin pagar alquiler
- Vive en la casa de familiares o amigos y paga poco alquiler
- Vive en un sitio temporal o de emergencia (p. ej. un albergue o no tiene hogar)
- ¿Otro lugar? Por favor, describa.

- DON'T KNOW
- REFUSED

Las siguientes preguntas son acerca de las personas en su hogar. Por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas. Un hogar también puede ser una persona que vive sola, o que aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, si vive en un dormitorio, otra institución o un hospital o prepara las comidas por su propia cuenta, inclúyase solamente usted.

G2. ¿Cuántas personas, *incluyéndose a usted mismo*, viven en su hogar?

- DON'T KNOW
- REFUSED

[if G2 > 1, ask G3; otherwise, SKIP TO G5]

¿Qué le parece la definición de hogar?

¿Qué tan fácil o tan difícil fue llegar a su respuesta?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

G3.Voy a pedirle una información adicional acerca de las personas que viven en su hogar, aparte de usted. Comencemos con la persona de mayor edad en su hogar.

[¿Cuál es el primer nombre de la persona de mayor edad en su hogar?/¿Cuál es el nombre de la siguiente persona de mayor edad en su hogar?]

¿Y qué relación o parentesco tiene [NAME] con usted? [READ LIST IF NEEDED]

¿Qué edad tiene [NAME]?

Please Select ▼

Please Select ▼

HH Member 2

HH Member 3

HH Member 4

HH Member 5

HH Member 6

HH Member 7

[for G3 dropdown: Relación o parentesco con usted]

- Cónyuge o pareja
- Hijo o hija
- Nieto o nieta
- Padre o madre
- Hermano o hermana
- Otro familiar (tío, tía, primo, prima, sobrino, sobrina, suegra, suegro, etc.)
- Hijo temporal o foster
- Compañero de vivienda
- Otra persona no emparentada

- DON'T KNOW
- REFUSED

Solamente para confirmar, las siguientes personas viven en su hogar. [READ ROSTER]

[Instruction: autofill first names of persons ages 16 or older from hh roster above]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

G4.Tengo algunas preguntas adicionales acerca de todas las personas mayores de 16 años en su hogar.

Primer nombre	Actualmente, ¿[NAME] trabaja, no trabaja, pero está buscando empleo o no trabaja y no está buscando empleo?	Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja [NAME] normalmente en todos los trabajos? Normalmente trabaja 35 o más horas por semana Normalmente trabaja de 20 a 34 horas por semana Normalmente trabaja de 1 a 19 horas por semana	¿Está [NAME] en servicio activo en las Fuerzas Armadas?
	Please Select ▼	Please Select ▼	Please Select ▼
Adult 1			
Adult 2			
Adult 3			
Adult 4			
Adult 5			

[for G4 dropdown: ¿Está esta persona trabajando actualmente?]

- Actualmente está trabajando
- No está trabajando, pero está buscando empleo
- No está trabajando y no está buscando empleo
- DON'T KNOW
- REFUSED

[for G4 dropdown: Si trabaja, ¿cuántas horas a la semana trabaja él/ella normalmente en todos los trabajos?]

- Normalmente trabaja 35 o más horas por semana
- Normalmente trabaja de 20 a 34 horas por semana
- Normalmente trabaja de 1 a 19 horas por semana
- DON'T KNOW
- REFUSED

[for G4 dropdown: ¿Está él/ella en servicio activo en las Fuerzas Armadas?]

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

[Ask G5 if G1 is *not* “I live in emergency or temporary housing”; otherwise, SKIP TO next section]

G5. En el lugar donde vive actualmente, ¿tiene usted o algún miembro de este hogar acceso a Internet?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

End of Section Probe

¿Hubo alguna otra pregunta en esta sección que no fue clara o que fue difícil de contestar?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section H: Dependents and Dependent Care

[Ask R to complete all of H1 - H5 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

[Question H1 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there are children under age 13 in their household.]

Las siguientes preguntas son acerca de dependientes y del cuidado de dependientes.

H1. Usted dijo que hay [autofill number] niños menores de 13 años que viven en su hogar. ¿Es usted el padre, la madre, tutor o cuidador de alguno de estos niños?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

[Question H2 will be programmed so that it is only asked if respondent indicated in the household characteristics section that there is anyone over 59 in their household.]

H2. Sin incluir asistencia financiera, ¿presta usted cuidado o asistencia a un adulto en su hogar que lo necesita debido a alguna condición relacionada con la vejez?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

En sus propias palabras, ¿qué significa "relacionada con la vejez"?

[If the answer to H2 is yes, H3 will be programmed to read: "¿Presta usted cuidado o asistencia sin pago a *alguien más* en el hogar..."]

H3. ¿Presta usted cuidado o asistencia sin pago a alguien en su hogar debido a un problema de salud o discapacidad? Esto podría incluir una discapacidad física, mental, emocional, cognoscitiva, conductual o del desarrollo; un problema crónico de salud o un problema

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

psiquiátrico o ciega o sordera. La asistencia puede incluir cuidado médico o ayuda con actividades cotidianas incluso supervisión o recordatorios.

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué significa para usted "asistencia sin pago" en esta pregunta?

[The following question is asked only if the respondent indicated above that they are responsible for anyone under age 13 in the household]

H4. ¿Alguno de los niños que vive con usted recibe cuidado infantil cuando no está en la escuela? El cuidado infantil incluye guarderías, Head Start, centros de cuidado infantil antes o después de clases, una niñera, incluyendo hermanos o hermanas, uno de los padres del niño si no viven juntos, otros familiares y campamentos de verano. No incluya kindergarten, primer grado o grados más altos.

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué le parece esta pregunta? ¿Fácil o difícil?

¿Qué le parece la definición de "cuidado infantil"?

H5. Actualmente, ¿tiene algún acuerdo legal u órdenes que le exigen que pague manutención o pensión infantil?

- YES
- NO
- DON'T KNOW
- REFUSED

End of Section Probe

¿Hubo alguna otra pregunta en esta sección que no fue clara o que fue difícil de contestar?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Section I: Income

[Ask R to complete all of I1 – I10 and then probe using the probes provided per question, as needed.]

I1. Las siguientes preguntas son acerca de ingresos o asistencia que usted o alguien en su hogar haya recibido en el 2017. Recuerde que, por hogar, nos referimos a un grupo de personas que viven juntas y que compran y preparan las comidas juntas; o una persona que vive sola, o que, aun viviendo con otras personas, de costumbre compra y prepara las comidas por su propia cuenta. Por favor, indique si usted o alguna de las personas en su hogar recibieron algo de lo siguiente en *algún momento durante el 2017*, incluso si solo fue por un mes. ¿En el 2017 recibió...?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. Pagas o salario de un empleo regular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dinero que recibió de trabajitos ocasionales, como cuidar niños, hacer peinados o trabajos similares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. WIC o el Programa especial de alimentos suplementarios para mujeres, infantes y niños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Estampillas de alimentos o Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Ingreso del Seguro Social por discapacidad (SSDI) o ingreso de seguridad suplementario (SSI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Asistencia pública o <i>welfare</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Asistencia de vivienda como vivienda subsidiada pública o para personas de bajos ingresos o el programa de cupones de vivienda (Sección 8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Asistencia de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Subsidio de cuidado infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Jubilación o seguro social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Seguro de desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Compensación por desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutención de alimentos o pensión infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Otro apoyo que recibió de amigos o familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. ¿Algún otro ingreso? [IF YES] ¿De dónde es ese otro ingreso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta? [IF DIFFICULT]: ¿Por qué fue difícil?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

12. Piense en todos los ingresos que usted y las personas de su hogar recibieron *durante todo el 2017*. ¿Cuáles fueron los ingresos totales durante el año para todas las personas que viven juntas en su hogar? Esto incluye dinero de trabajos, ingresos netos de negocios, pensiones, dividendos, intereses, pagos del seguro social y cualquier otro ingreso que haya recibido. Incluya todos los ingresos de su hogar antes de impuestos.

Si no está seguro, dígamelo. [IF R INDICATES NOT SURE/DK, SELECT DK AND CONTINUE. NEXT Q WILL PROBE THEM TO ESTIMATE]

Amount

- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué tan cómodo o incómodo se siente al decir la cantidad de sus ingresos?

[If I2=DK, ask I2a. Otherwise, skip to I3]

I2a. Aproximadamente, ¿cuáles fueron los ingresos de su hogar durante el 2017?

- Menos de \$5,000,
- \$5,001 a \$10,000,
- \$10,001 a \$20,000,
- \$20,001 a \$30,000,
- \$30,001 a \$40,000,
- \$40,001 a \$50,000
- \$50,001 o más
- DON'T KNOW
- REFUSED

[IF R FILLED IN THE CATEGORY INSTEAD OF AMOUNT, ASK]: ¿Qué categoría funciona mejor para usted?

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

13. Durante los últimos 12 meses, ¿sucedio algo de lo siguiente porque su hogar no tenía suficiente dinero? Conteste sí o no para cada afirmación.

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSE D
a. El hogar no pagó la cantidad total del alquiler o de la hipoteca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El hogar no pagó la cantidad total de las cuentas del gas, aceite o electricidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. La compañía del gas o de la electricidad cortó el servicio, o la compañía del aceite no lo repartió.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. La compañía de teléfono desconectó el servicio porque no se hicieron los pagos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al médico o al hospital, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Usted o alguien más en su hogar tenía que ir al dentista, pero no lo hizo porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Usted o alguien más en su hogar no pudo comprar un medicamento recetado o tuvo que posponerlo cuando lo necesitaba porque en el hogar no había con qué pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta?

De las opciones en la lista, ¿con cuáles usted no está familiarizado?

14. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor a los alimentos que se consumieron en su hogar en los últimos 12 meses? ¿Diría que...?

- Siempre tuvo suficiente que comer y las clases de alimentos que quería,
- Tuvo suficiente que comer, pero no siempre las clases de alimentos que quería,
- A veces no tiene suficiente que comer o
- Con frecuencia no tiene suficiente que comer?
- DON'T KNOW
- REFUSED

15. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) recibieron alimentos de emergencia de una iglesia, un comedor de beneficencia o un banco de alimentos?

- YES
- NO → [SKIP TO I7]
- DON'T KNOW → [SKIP TO I7]
- REFUSED [SKIP TO I7]

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

16. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses? ¿Fue...?

- Casi todos los meses,
- Algunos meses, pero no todos los meses o
- Únicamente 1 o 2 meses
- DON'T KNOW
- REFUSED

17. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez (usted/u otras personas en su hogar) fueron a comer a un comedor de beneficencia?

- YES
- NO → [SKIP TO I9]
- DON'T KNOW → [SKIP TO I9]
- REFUSED → [SKIP TO I9]

18. ¿Con qué frecuencia ocurrió esto en los últimos 12 meses? ¿Fue...?

- Casi todos los meses,
- Algunos meses, pero no todos los meses o
- Únicamente 1 o 2 meses
- DON'T KNOW
- REFUSED

19. Ahora quisiéramos saber acerca de deudas que posiblemente tenga, aparte de hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil. ¿Tiene alguna de las siguientes deudas?

	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. Dinero que le debe a familiares, parientes o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Préstamos educativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Dinero que debe en una o más tarjetas de crédito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Otros préstamos (por ejemplo, préstamos de día de pago "payday loans" o préstamos de una casa de empeños) [IF YES] ¿Qué otros préstamos tiene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

otherwise, SKIP TO END]

110. Sin contar hipotecas u otros préstamos sobre bienes raíces, deudas de negocios o préstamos de automóvil, ¿aproximadamente cuánto debe en estas otras deudas?

- \$1 a \$500,

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

- \$501 a \$1,000,
- \$1,001 a \$2,500,
- \$2,501 a \$5,000,
- \$5,001 a \$10,000,
- \$10,001 a \$25,000,
- \$25,001 a \$50,000 o
- Más de \$50,000
- DON'T KNOW
- REFUSED

¿Qué tan fácil o tan difícil fue contestar esta pregunta?

¿Es usted la persona en su familia que más sabe sobre las deudas que se deben, o es otra persona?

Debriefing Questions

Ahora, quisiera terminar haciéndole algunas preguntas generales acerca de la encuesta.

[OVERALL IMPRESSIONS]

- En general, ¿qué le parece la encuesta?**
- ¿Qué cosas en la encuesta no fueron claras?**

[FEASIBILITY OF RESPONSE]

- En general, ¿qué secciones fueron las más difíciles de contestar? ¿Por qué?**
- ¿Qué preguntas fueron las más difíciles de contestar? ¿Por qué fue difícil contestar [FILL]?**

[ASSESS, IF NOT ALREADY COVERED, WHETHER EACH MENTIONED DIFFICULTY IS A COMPREHENSION, RETRIEVAL, JUDGMENT/ESTIMATION, RESPONSE/MAPPING, OR A RESPONDENT-SPECIFIC ISSUE.]

[IDENTIFY QUESTIONS THE R CONSIDERS SENSITIVE, AND WHY]

- ¿Qué preguntas usted {no quería/dudó} contestar? ¿Por qué?**

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

END

Gracias por su participación en este importante estudio.

Le enviaremos su incentivo en efectivo y necesitamos tener su dirección correcta.

CONFIRM ADDRESS AND UPDATE IF NECESSARY.

Street Address 1

Street Address 2 or Apt

City

State

Zip

Telephone

E-Mail

Nuevamente gracias. ¡Hasta luego!

[CHECK WITH OBSERVERS FOR ADDITIONAL QUESTIONS.]

[THANK THE R AND PROVIDE INCENTIVE AND OBTAIN RECEIPT]

Privacy Act Statement

Authority: Section 9 of the Food and Nutrition Act of 2008, as amended, (7 U.S.C. 2018); section 205(c)(2)(C) of the Social Security Act (42 U.S.C. 405(c)(2)(C)); and section 6109(f) of the Internal Revenue Code of 1986 (26 U.S.C. 6109(f)), authorizes collection of the information on this application. Authority: Section 9 of the Food and Nutrition Act of 2008, as amended, (7 U.S.C. 2018); section 205(c)(2)(C) of the Social Security Act (42 U.S.C. 405(c)(2)(C)); and section 6109(f) of the Internal Revenue Code of 1986 (26 U.S.C. 6109(f)), authorizes collection of the information on this application.

Purpose: Information is collected primarily for use by the Food and Nutrition Service in the administration of the Supplemental Nutrition Assistance Program;

Se calcula que el tiempo requerido para contestar esta recolección de información es de 30 minutos en promedio por formulario, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe los comentarios acerca de este cálculo de tiempo o de otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, Office of Policy Support, 3101 Park Center Drive, Room 1014, Alexandria, VA 22302 ATTN: PRA (0584-0606). No envíe el formulario contestado a esta dirección.

Routine Use: Information may be disclosed for any of the routine uses listed in the published System of Record notice <https://www.federalregister.gov/documents/2010/12/27/2010-32457/privacy-act-revision-of-privacy-act-systems-of-records#p-30>