ATTACHMENT D

CHILD CARE PARTNER SURVEY

SPANISH VERSION

**This page left intentionally blank for double-sided copying.**



No. OMB.: xxxx-xxxx

Fecha de vencimiento: xx/xx/xxxx

Encuesta de Asociaciones

de Cuidado **de Niños**

Estudio de Early Head Start–Asociaciones

de Cuidado **de Niños**

Esta recopilación de información es voluntaria y se usará para aprender sobre las características y la implementación de Early Head Start -asociaciones de cuidado de niños. La carga pública de esta recopilación de información se estima en un promedio de 30 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, reunir y mantener los datos necesarios y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Envíe sus comentarios con respecto a esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a [CONTACT NAME]; [CONTACT ADDRESS]; A la atención de: OMB-PRA (0970- [XXXX]).

# **INTRODUCCIÓN**

**La Oficina de Planeamiento, Investigación y Evaluación (OPRE, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la Administración para Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés) ha contratado a Mathematica Policy Research para llevar a cabo un estudio descriptivo de la iniciativa de subvención para asociaciones de cuidado de niños Early Head Start. Como parte de este estudio, estamos encuestando a todos los concesionarios de asociaciones, incluyendo las agencias representantes a las cuales los concesionarios han delegado toda o parte de su responsabilidad para el funcionamiento del programa. También estamos encuestando un subgrupo de asociados de cuidado de niños.**

**A usted se le pide completar esta encuesta por su participación en una asociación con [GRANTEE NAME]. Esta encuesta recolectará información sobre usted y su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] y las actividades en las que usted participa con el concesionario de asociación para desarrollar asociaciones, mejorar la calidad de los servicios y entregar servicios a los niños y familias. Su participación en esta encuesta es importante y ayudará a ACF a comprender mejor el panorama nacional de las asociaciones para el cuidado de niños Early Head Start, incluyendo información sobre las experiencias de los proveedores de cuidado de niños que participan en estas asociaciones. La duración de esta encuesta varía para las diferentes personas pero en promedio no debería ser más de 30 minutos. Como agradecimiento, le enviaremos una tarjeta de regalo de $20 por completar esta encuesta.**

**A lo largo de esta encuesta, usamos el término *concesionario de asociación* para referirnos a la entidad a la que fue adjudicada la subvención para asociación de cuidado de niños Early Head Start. Los concesionarios de asociaciones son responsables de asegurar que las mismas cumplan todos los requerimientos de la subvención, incluyendo los Estándares de Desempeño del Programa Head Start (HSPPS, por sus siglas en inglés). Usamos el término *socio de cuidado de niños* para referirnos a centros locales de cuidado de niños o a las familias proveedoras de cuidado de niños con los cuales se une el asociado concesionario para proporcionar el cuidado temprano directo y los servicios de educación para niños y familias. Usamos el término *posición de asociación* para referirnos a las posiciones disponibles para niños por medio de financiamiento proveniente de la subvención para asociación.**

**La participación en la encuesta es completamente voluntaria y usted puede escoger omitir cualquier pregunta que prefiera no contestar. Si no está seguro(a) de cómo contestar una pregunta, por favor dé la mejor respuesta que pueda antes que dejarla en blanco. Sus respuestas se mantendrán privadas y se usarán solamente con propósitos de investigación. Estarán combinadas con las respuestas de otros proveedores de cuidado de niños y no se reportará ninguna respuesta individual. Aunque no existen beneficios directos para los participantes, su participación nos ayudará a aprender sobre las características y ejecución de las asociaciones de cuidado de niños Early Head Start. No se conocen riesgos relacionados con su participación.**

**Si tiene algunas preguntas sobre la encuesta, o si prefiere completar la encuesta por teléfono, por favor comuníquese con xxxx en Mathematica llamando al número 1-xxx-xxx-xxxx o por correo electrónico xxxxxx@mathematica-mpr.com. Si tiene algunas preguntas sobre sus derechos como participante de investigación en este estudio, puede comunicarse con la Junta de Revisión Institucional de Nueva Inglaterra (NEIRB, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-232-9570.**

**Al completar la encuesta y presentar sus respuestas, usted está confirmando que comprende que la información que proporciona será mantenida privada y usada solamente con propósitos de investigación. Además, usted comprende que sus respuestas serán combinadas con las respuestas de otros proveedores de cuidado de niños de forma que no se identifica a ninguna persona.**

**Las primeras preguntas son sobre su negocio de cuidado de niños, [PARTNER NAME].**

# **SOBRE SU NEGOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS**

PC1. ¿Cuál de las siguientes desribe mejor su entorno de cuidado de niños?

Seleccione una solamente

🔾 Centro de cuidado de niños 1

🔾 Hogar familiar de cuidado de niños 2

PC2. Las siguientes preguntas son sobre la capacidad de su [centro de cuidado de niños / hogar familiar de cuidado de niños ].

**SI NINGUNA, escriba 0.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | CANTIDAD | NO SÉ |
| a. ¿Cuál es la capacidad total de matrícula autorizada de su [centro/ hogar familiar de cuidado de niños] para todas las edades? |  | d □ |
| b. ¿Cuál es la capacidad total de matrícula autorizada de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] para niños recién nacidos hasta 3 años? |  | d □ |
| c. Antes de que la asociación iniciara, ¿cuál era la capacidad total de matrícula autorizada de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] para niños recién nacidos hasta 3 años? |  | d □ |
| d. El mes pasado, ¿cuál fue su matrícula real en todas las edades?  |  | d □ |
| e. El mes pasado, ¿cuál fue su matrícula real para niños recién nacidos hasta 3 años? |  | d □ |
| f. ¿Cuál es la cantidad total de posiciones de matrícula para niños recién nacidos hasta 3 años financiada por medio de la subvención para asociaciones de cuidado de niños Early Head Start (“posiciones de asociación”)?  |  | d □ |

PC3a. ¿Cuántos niños matriculados en posiciones de asociación recibe actualmente un subsidio de cuidado de niños? Su mejor estimación está bien.

 NIÑOS

🔾 No sé D

[IF PC3a = DON’T KNOW]

PC3b. Sólo necesitamos su mejor estimación. ¿Podría decirnos qué porcentaje de niños matriculados en posiciones de asociación recibe actualmente un subsidio?

 POR CIENTO

PC4a. Antes de iniciar la asociación, ¿cuántos niños recién nacidos hasta 3 años recibieron un subsidio de cuidado de niños? Su mejor estimación está bien.

 NIÑOS

🔾 No sé D

[IF PC4a = DON’T KNOW]

PC4b. Sólo necesitamos su mejor estimación. Antes de iniciar la asociación,¿podría decirnos qué porcentaje de niños recién nacidos hasta 3 años recibió un subsidio de cuidado de niños?

 POR CIENTO

Source: New item

[IF CHILD CARE CENTER]

PC5a. ¿Cuál es el número total de personal para el desarrollo infantil que regularmente cuida a los niños recién nacidos hasta 3 años en su centro? El personal para el desarrollo infantil incluye maestros, maestros asistentes, y asistentes.

 PERSONAL PARA DESARROLLO INFANTIL

Source: New item

[IF CHILD CARE CENTER]

PC5b. Antes de iniciar la asociación,¿cuántos empleados para el desarrollo infantil que cuidan a niños recién nacidos hasta 3 años tenían un CDA para bebés/niños pequeños o credencial/título que cumpla o exceda los requisitos de CDA?

 PERSONAL PARA DESARROLLO INFANTIL

Source: New item

[IF CHILD CARE CENTER]

PC5c. ¿Cuántos empleados para el desarrollo infantil que actualmente cuidan a niños recién nacidos hasta 3 años tienen un CDA para bebés/niños pequeños o credencial/título que cumpla o exceda los requisitos de CDA?

 PERSONAL PARA DESARROLLO INFANTIL

Source: Adapted from the Head Start FY2014 PIR

[IF CHILD CARE CENTER]

PC6. ¿Cuál es el número total de personal para el desarrollo infantil que regularmente cuida a niños recién nacidos hasta 3 años en posiciones de asociación?

 PERSONAL PARA DESARROLLO INFANTIL

Source: Adapted from Baby FACES

[IF FAMILY CHILD CARE HOME]

PC7. ¿Cuántos adultos en su hogar familiar de cuidado de niños trabajan con o cuidan a los niños?

 ADULTOS

[IF FAMILY CHILD CARE HOME]

PC7a. Antes de que iniciara la asociación, ¿cuánto personal adulto en su hogar familiar de cuidado de niños que cuida niños tenía un CDA o credencial/título que cumpla o exceda los requerimientos de CDA?

 ADULTOS

[IF CHILD CARE CENTER]

PC8. Pensando en los [FILL FROM PC6] empleados para el desarrollo infantil que regularmente cuida a los niños recién nacidos hasta 3 años en posiciones de asociación, por favor escriba el número de ellos que tienen cada nivel de título. Si un miembro del personal tiene más de un título, por favor incluya solamente el más alto. Por ejemplo, si un empleado tiene un diploma de secundaria y se está capacitando para un CDA, por favor cuéntelo bajo la opción e (en capacitación para CDA)

|  | PERSONAL |
| --- | --- |
| a. Graduado/título profesional |  |
| b. Título de bachillerato (B.A., B.S.) |  |
| c. Título de Asociado en Artes (A.A., A.A.S.)  |  |
| d. Asociado en Desarrollo del Niño (CDA), o identificación del estado, credencial o acreditación que cumpla o exceda los requerimientos de CDA |  |
| e. En capacitación para CDA |  |
| f. Diploma de secundaria/equivalente |  |

[IF FAMILY CHILD CARE HOME]

PC9. Pensando en los [FILL FROM PC7] adultos que regularmente trabajan con o cuidan a los niños, por favor escriba el número de ellos que tienen cada nivel de título. Si un adulto tiene más de uno, por favor incluya solamente el más alto. Por ejemplo, si alguien tiene un diploma de secundaria y se está capacitando para un CDA, por favor cuéntelo bajo la opción e (en capacitación para CDA)

|  | PERSONAL |
| --- | --- |
| a. Graduado/título profesional |  |
| b. Título de bachillerato (B.A., B.S.) |  |
| c. Título de Asociado en Artes (A.A., A.A.S.) |  |
| d. Asociado en Desarrollo del Niño (CDA), o certificación del estado, credencial o acreditación que cumpla o exceda los requerimientos de CDA |  |
| e. En capacitación para CDA |  |
| f. Diploma de secundaria/equivalente  |  |

Source: Adapted from Baby FACES

[IF CHILD CARE CENTER]

PC10. Pensando en el personal para el desarrollo infantil que cuida niños en posiciones de asociación, ¿cuántos han dejado el programa desde que usted empezó a recibir financiamiento por la subvención para asociación?

 PERSONAL PARA DESARROLLO INFANTIL

[IF PC10 DOES NOT EQUAL 0]

 De los [FILL FROM PC10] miembros del personal para el desarrollo infantil que dejaron el programa, ¿se fue alguno…

 MARQUE UNO POR LINEA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| a. Por un cambio de carrera?  | 1 🔾 | 0 🔾 |
| b. Por una compensación más alta o mejor paquete de beneficios  en el mismo campo?  | 1 🔾 | 0 🔾 |
| c. Porque fueron despedidos o liquidados?  | 1 🔾 | 0 🔾 |
| d. Por licencia de maternidad?  | 1 🔾 | 0 🔾 |
| e. Por razones personales?  | 1 🔾 | 0 🔾 |
| f. Por alguna otra razón? (*especifique*)  | 1 🔾 | 0 🔾 |

Source: Adapted from Baby FACES

[IF CHILD CARE CENTER]

PC11. Desde que usted empezó a recibir el financiamiento por medio de la subvención para asociación, ¿ha dejado el programa el director?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

PC12a. Antes de la adjudicación de la asociación, ¿cuál era el salario promedio anual del [personal para el desarrollo infantil cuidando niños recién nacidos hasta 3 años/proveedores familiares del cuidado del niño] en su [centro/hogar de cuidado de niños]? Si el pago es por hora, por favor provea su mejor estimación de salario annual. Para empleados que trabajan tiempo parcial, por favor use su equivalente a tiempo completo anual.

 SALARIO PROMEDIO ANUAL

**PC12b**. **¿Cuál es el salario anual actual promedio del [personal para el desarrollo infantil cuidando niños recién nacidos hasta 3 años/proveedores familiares del cuidado Infantil] en su [centro/hogar de cuidado de niños]? Si el pago es por hora, por favor provea su mejor estimación de salario anual. Para empleados que trabajan tiempo parcial, por favor use su equivalente a tiempo completo anual.**

 SALARIO PROMEDIO ANUAL

PC13a. Antes de la adjudicación de la asociación, ¿cuál de los siguientes beneficios fueron proporcionados [al personal para el desarrollo infantil cuidando niños recién nacidos hasta 3 años/a los proveedores familiares de cuidado de niños] en su [centro/hogar de cuidado de niños]?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Días por enfermedad 1

🞏 Días de vacaciones 2

🞏 Feriados pagados 3

🞏 Beneficios médicos 4

🞏 Beneficios de pensión 5

🞏 Tarifas reducidas para matrícula para continuar con la educación 6

🞏 Ninguno 7

🞏 Otro (*especifique*) 99

PC13b.¿Cuál de los siguientes beneficios se dan actualmente [al personasl para el desarrollo infantil cuidando niños recién nacidos hasta 3 años/a los proveedores familiares de cuidado de niños] en su [centro/hogar de cuidado de niños] por medio de la subvención para asociación?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Días por enfermedad 1

🞏 Días de vacaciones 2

🞏 Feriados pagados 3

🞏 Beneficios médicos 4

🞏 Beneficios de pensión 5

🞏 Tarifas reducidas para matrícula para continuar con la educación 6

🞏 Ninguno 7

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: National Survey of Early Care and Education

PC14. Por favor proporcione las horas que su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] estuvo abierto para los niños la semana pasada, iniciando el pasado lunes.

**SI NINGUNA HORA, POR FAVOR Escriba 0**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | HORA INICIO | HORA FINAL | NO SÉ |
| a. lunes  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| b. martes  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| c. miércoles  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| d. jueves  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| e. viernes  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| f. sábado  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |
| g. domingo  | | | | : | | | am pm | | | | : | | | am pm | d □ |

PC15. Pensando en antes que la asociación iniciara, ¿cuál de las oraciones describe mejor cómo las horas que el [centro/hogar familiar de cuidado de niños] estaba abierto para los niños se comparan con el horario actual?

Seleccione solamente una

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] estaba abierto para niños más horas por semana antes de que iniciara la asociación 1

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] estaba abierto menos horas por semana antes de que iniciara la asociación 2

🔾 No ha habido cambio en las horas por semana que mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] está abierto para los niños 3

Source: National Survey of Early Care and Education

PC16. ¿Cuántas semanas por año su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] proporciona cuidado para niños menores de 3 años?

 SEMANAS

PC17. Pensando en antes que la asociación iniciara, ¿cuál de las oraciones describe mejor las semanas por año que su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] cuidó a niños menores de 3 años se comparado con las semanas actuales?

Seleccione solamente una

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] proporcionó cuidado para niños menores de 3 años más semanas por año antes de que iniciara la asociación 1

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] proporcionó cuidado para niños menores de 3 años menos semanas por año antes de que iniciara la asociación 2

🔾 No ha habido cambio en las semanas por año que mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] proporcionó cuidado para niños menores de 3 años 3

Source: National Survey of Early Care and Education

PC18. ¿Permite su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] que los padres usen horas de cuidado variadas cada semana?

Seleccione solamente una

🔾 Sí, a su conveniencia 1

🔾 Sí, de un grupo de opciones programadas 2

🔾 Sí, más allá de un número mínimo de horas 3

🔾 No 0

# **ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DE ASOCIACIONES**

**Ahora, nos gustaría saber cómo usted participó en la asociación con [PARTNERSHIP GRANTEE] y el desarrollo y contenido de su acuerdo de asociación.**

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

PD1. ¿Cómo supo sobre la oportunidad de la subvención para asociación del cuidado de niños de Early Head Start?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Asociación anterior con el concesionario para ayudar a niños y familias 1

🞏 Solicitud competitiva para el proceso de propuesta (RFP) 2

🞏 Proceso de planeamiento comunitario 3

🞏 Discusión iniciada por [PARTNERSHIP GRANTEE] 4

🞏 Discusión iniciada por usted o su organización 5

🞏 Consulta con el consejo de planeamiento local 6

🞏 Consulta con un recurso y referencia local de cuidado de niños (CCR&R) 7

🞏 Consulta con un administrador estatal o local del sistema de calificación de la calidad y mejora (QRIS) 8

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: New item

PD1a. ¿Cuándo supo usted sobre la oportunidad de asociarse con [PARTNERSHIP GRANTEE] para la subvención para asociación?

Seleccione solamente una

🔾 Antes o durante el proceso de escritura de la subvención 1

🔾 Después de que el concesionario de asociación recibió la adjudicación 2

Source: New item

PD2. ¿Tuvo alguna experiencia colaborando con [PARTNERSHIP GRANTEE] antes de la subvención para asociación?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Sí, una asociación previa para servir a niños y familias de Head Start/Early Head Start 1

🞏 Sí, parte de un grupo colaborador de la comunidad 2

🞏 Sí, participó en capacitación conjunta 3

🞏 Sí, otra *(especifique)* 99

🞏 No 0

[IF PD2 = 1]

PD2a. Antes de esta subvención para asociación, ¿por cuánto tiempo fue socio con [PARTNERSHIP GRANTEE] para proporcionar servicios a los niños y familias de Early Head Start/Head Start?

Seleccione solamente una

🔾 Menos de 1 año 1

🔾 De 1 a 3 años 2

🔾 De 4 a 5 años 3

🔾 Más de 5 años 4

[IF PD2 = 1]

PC2b. Con respecto a los servicios proporcionados a los niños y familias de Early Head Start/Head Start antes de esta subvención para asociación, ¿mantuvo usted un acuerdo formal con [PARTNERSHIP GRANTEE]?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF PD2 = 1]

PD2c. ¿Le proporcionó el consecionario fondos para pagar los servicios proporcionados por medio de la asociación?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from the Evaluation of the Early Learning Initiative

PD3. Aparte de [PARTNERSHIP GRANTEE], ¿colabora usted con otros proveedores de cuidado de niños en la comunidad? Por ejemplo, ¿trabaja usted junto con proveedores de servicios en la comunidad para dar capacitación al personal, compartir información sobre clientes, desarrollar materiales del programa, compartir costos o coordinar referencias?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study, Child Care Partnership Questionnaire; I PIECE Study, Early Childhood Education Management Survey

PD4. ¿Qué factores le motivaron a participar en la subvención para asociación?

*Seleccione todas las que correspondan*

🞏 Mejorar la calidad de la educación y cuidado para niños e infantes 1

🞏 Aumentar el acceso de las familias a cuidados de días completos o por un año completo anuales 2

🞏 Cumplir mejor con las necesidades del cuidado de niños de familias (tales como ubicación, horas y tipo de cuidado) 3

🞏 Aumentar el acceso de las familias a servicios completos 4

🞏 Aumentar la continuidad del cuidado de niños 5

🞏 Ganar acceso a nuevo financiamiento y otros recursos 6

🞏 Usar los recursos más eficientemente 7

🞏 Unirse a otros recursos de cuidado temprano y educación en la comunidad 8

* Mejorar el acceso a la capacitación para el personal 9

🞏 Mejorar la compensación del personal 10

🞏 Mejorar las credenciales del personal 11

🞏 Mejorar el currículo 12

[IF AT LEAST 2 OPTIONS IN PD4 ARE SELECTED]

PD4a. A continuación están los factores que indicó como motivadores a participar en la subvención para asociación. Por favor califique estos factores en orden de importancia, donde 1 indica el mayor motivador.

|  |
| --- |
| **PROGRAMMER:**insert table that lists all items = yes from PD4, table should have a funCTION that allows for rank ordering of items, with 1 being of highest priority and N of lowest priority. |

Source: Head Start/Child Care Partnership Study

PD5. ¿Tiene usted un acuerdo de asociación por escrito en vigor con [PARTNERSHIP GRANTEE]?

Seleccione solamente una

🔾 Sí, existe un acuerdo en vigor 1

🔾 Aún no, pero el acuerdo está en proceso 2

🔾 No 0

[IF PD5 = 1]

Source: Head Start/Child Care Partnership Study

PD5a. ¿Cómo se desarrolló el acuerdo de asociación en vigor con [PARTNERSHIP GRANTEE]?

Seleccione solamente una

🔾 [PARTNERSHIP GRANTEE] desarrolló el acuerdo de asociación sin aporte de mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] 1

🔾 [PARTNERSHIP GRANTEE] desarrolló el acuerdo de asociación y mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] proporcionó aporte 2

🔾 El acuerdo de asociación fue desarrollado conjuntamente por [PARTNERSHIP GRANTEE] y mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] 3

[IF PD5 = 1]

Source: New item

PD6. ¿Cuáles de los siguientes componentes están incluidos en el acuerdo que usted tiene vigente con [PARTNERSHIP GRANTEE]?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Una declaración de los objetivos de la asociación 1

🞏 El número de niños y familias a ayudar en la asociación 2

🞏 El número de niños a ser atendidos en la asociación que reciben subsidios de cuidado de niños 3

🞏 Información sobre procedimientos para reclutamiento y matrícula 4

🞏 Los procedimientos de inicio y continuos para llenar las posiciones de asociación 5

🞏 Los criterios de elegibilidad para las posiciones de asociación 6

🞏 Las acciones que los socios tomarán para cumplir los objetivos especificados en el acuerdo 7

🞏 Los roles y responsabilidades específicas de los socios para cumplir con los Estándares de Desempeño del Programa HeadStart (HSPPS) 8

🞏 Las mejoras de salario para maestros/personal 9

🞏 La cantidad y propósito de los fondos que se van a proporcionar 10

🞏 La capacitación y asistencia técnica a ser proporcionada o dispuesta por el concesionario de asociación para los socios del cuidado de niños 11

🞏 Los materiales y suministros a ser proporcionados por el concesionario de asociación para los socios del cuidado de niños 12

🞏 Una declaración de los derechos de cada parte incluyendo el derecho de terminar el acuerdo 13

[IF PD6 = 10]

Source: New item

PD6a. ¿Especifica el acuerdo el monto del financiamiento que su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] recibirá por año de [PARTNERSHIP GRANTEE] ?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF PD6 = 10]

Source: New item

PD6b. ¿Especifica el acuerdo el monto del financiamiento que su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] recibirá por niño por año de [PARTNERSHIP GRANTEE] ?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

# **ACUERDOS DE FINANCIAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN**

Las siguientes preguntas son sobre los acuerdos de financiamiento entre usted y [PARTNERSHIP GRANTEE].

PF1. ¿Recibió usted fondos iniciales de [PARTNERSHIP GRANTEE] al inicio de la asociación además del monto de financiamiento que usted recibe por niño?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF PF1 = YES]

PF1a. ¿Cuál es el monto de los fonods iniciales que usted recibió de [PARTNERSHIP GRANTEE] al inicio de la asociación? Su mejor estimación está bien.

 FONDOS INICIALES RECIBIDOS

[IF PF1 = YES]

PF1b. ¿Ha usado usted los fondos iniciales recibidos de [PARTNERSHIP GRANTEE] para alguna de las siguientes:

Seleccione todas las que correspondan

🞏 ¿Administración y gastos generales? 1

🞏 ¿Capacitación del personal y desarrollo profesional? 2

🞏 ¿Materiales, suministros, muebles y equipo? 3

🞏 ¿Salarios mejorados y/o beneficios para el personal? 4

🞏 ¿Otro*?(especifique)* 99

Source: New item

PF2. ¿Cuánto recibe su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] por año de [PARTNERSHIP GRANTEE]? Su mejor estimación está bien.

 POR AÑO

PF3. ¿Cuál es el monto del financiamiento por niño en una posición de asociación recibido por año de [PARTNERSHIP GRANTEE]? Su mejor estimación está bien.

 POR AÑO

PF4. ¿Recibe su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] el mismo monto de financiamiento cada mes de [PARTNERSHIP GRANTEE]?

🔾 El mismo monto cada mes 1

🔾 Un monto diferente cada mes 2

[IF PF4 = 2]

PF4a. ¿Cuáles son las razones por las que su financiamiento de [PARTNERSHIP GRANTEE] varía cada mes?

*Seleccione todas las que correspondan*

🞏 Niños de diferentes edades 1

🞏 Recibo de subsidio 2

🞏 Otra (*especifique*) 99

PF4b. ¿Cuánto recibe su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] por mes de [PARTNERSHIP GRANTEE] (en promedio si el monto mensual varía)?

 POR MES

Source: New item

PF5. ¿Recibe usted pago de [PARTNERSHIP GRANTEE] por cada posición de asociación que no está ocupada ?

Seleccione solamente una

🔾 Sí, hasta que la posición esté ocupada 1

🔾 Sí, por un plazo de tiempo limitado 2

🔾 No 0

[IF PF5 = 1, 2]

Source: New item

PF5a. ¿Es el monto pago por [PARTNERHSIP GRANTEE] por cada posición que no está ocupada…

Seleccione solamente una

🔾 Igual al monto por una posición de asociación ocupada? 1

🔾 Menos del monto otorgado por una posición de asociación ocupada? 2

🔾 Otro (*especifique*) 99

Source: New item

PF6. Si un niño en una posición de asociación pierde el financiamiento del subsidio, ¿recibe su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] fondos de [PARTNERSHIP GRANTEE] para compensar dichos fondos?

🔾 Sí, durante la totalidad del tiempo que el niño está matriculado 1

🔾 Sí, por un periodo de tiempo limitado 2

🔾 No 0

[IF PF6 = 1, 2]

Source: New item

PF6a. ¿Compensa el monto de fondos recibidos de [PARTNERSHIP GRANTEE] los fondos de subsidio perdidos?

Seleccione solamente una

🔾 Los fondos compensan completamente los subsidies perdidos 1

🔾 Los fondos compensan parcialmente los subsidies perdidos 2

🔾 Otra (*especifique*) 99

Source: New item

PF7. ¿Recibe su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] fondos adicionales de alguna otra fuente para compensar el costo del cuidado de niños en posiciones de asociación?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF PF7 = YES]:

PF7a. ¿Cuáles son las otras fuentes de financiamiento?

Selecciona todas las que correspondan

🞏 Subsidios pagados por el gobierno estatal o distrital (comprobantes/certificados, contratos estatales) 1

🞏 Fondos del Programa de Alimentos para Cuidado de niños y de Adultos 2

🞏 Financiamiento preescolar del estado 3

🞏 Otros fondos (*especifique)* 99

[FOR EACH ITEM PF7A = YES]:

PF7a1. En promedio, ¿cuántos fondos se asignan para esta fuente cada mes? Su mejor estimación está bien.

 DÓLARES ASIGNADOS

Source: New item (adapted)

PF8. Aparte de los fondos iniciales y fondos recibidos por posiciones de asociación, ¿ha recibido su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] fondos adicionales de [PARTNERSHIP GRANTEE] para:

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Administración y gastos generales 1

🞏 Capacitación del personal y desarrollo profesional 2

🞏 Materiales, suministros, muebles y equipo (no cuente ítems que el concesionario de la asociación compró en su nombre) 3

🞏 Salarios mejorados y/o beneficios para el personal 4

🞏 No se han recibido fondos adicionales 0

🞏 Otro *(especifique)* 99

[FOR EACH ITEM PF8 = YES]

PF8a. ¿Cuántos fondos recibe usted para este propósito?

 DÓLARES

# **actividades de mejoramiento de calidad**

**Las siguientes preguntas son sobre actividades para la mejora de la calidad que usted tiene acceso por medio de la asociación con [PARTNERSHIP GRANTEE] para apoyar la entrega de cuidado de niños de alta calidad para bebés y niños pequeños.**

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI1. En su asociación, ¿tiene usted algún documento escrito que especifique lo que su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] necesita hacer para cumplir con los Estándares de Desempeño del Programa Head Start (HSPPS)?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF QI1 = YES]

QI1a. ¿Fue desarrollado este documento con aporte de [PARTNERSHIP GRANTEE] y su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: New item

QI2a. ¿Ha recibido orientación sobre Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF)/las normas de subsidio?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF QI2a = YES]

QI2a1. ¿Qué temas incluyó la orientación ?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Elegibilidad 1

🞏 Documentación o mantenimiento de registros 2

🞏 Reembolso 3

🞏 Co-Pagos 4

🞏 Políticas de Asistencia 5

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: Adapted from qualitative interview questions from the Study of Community Strategies for Infant-Toddler Care

QI2b. ¿Ha recibido usted orientación sobre la ejecución de HSPPS?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF QI2b = YES]

QI2b1. ¿Qué tipo de orientación recibió?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Capacitación 1

🞏 Materiales escritos 2

🞏 Observación de salón de clase y retroalimentación 3

🞏 Entrenamiento en el lugar 4

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: New item

QI3. ¿Cómo calificaría la ejecución de HSPPS de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]?

Seleccione solamente una

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] cumplió los HSPPS antes de participar en la subvención para asociación 1

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] actualmente cumple los HSPPS 2

🔾 Mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] ya cumple la mayoría de HSPPS y estamos esforzándonos para cumplir todos los estándares 3

🔾 Creo que será difícil para mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] cumplir los HSPPS, pero estamos esforzándonos para cumplir tantos como sea posible 4

🔾 Creo que será difícil para mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] cumplir los HSPPS y, como resultado, no estamos tratando de cumplir todos los estándares 5

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI4. Por favor indique si alguna persona de [PARTNERSHIP GRANTEE] realizó alguna de las siguientes actividades en su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] desde que se le adjudicó la subvención para asociación:

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Observar [al personal/proveedores] para evaluar su práctica 1

🞏 Reunirse con [el personal/proveedores] para suministrar retroalimentación con respecto a su práctica para enseñar 2

🞏 Reunirse con [el personal/proveedores] para discutir cómo enlazar el currículo a las necesidades de desarrollo de los niños 3

🞏 Discutir con [el personal/proveedores] estrategias para asegurar que la práctica para enseñar sea adecuada para el desarrollo 4

🞏 Discutir con [el personal/proveedores] las estrategias para asegurar un amplio currículo 5

🞏 Discutir con [el personal/proveedores] estrategias para asegurar el apoyo emocional y de comportamiento adecuado para el desarrollo 6

🞏 Revisar los planes de las lecciones [del personal/ de los proveedores] 7

🞏 Revisar la información del programa para ver cómo le va al [centro/hogar familiar de cuidado de niños] con respecto a metas y objetivos específicos 8

🞏 [IF CHILD CARE CENTER] Reunirse con el director de este centro de cuidado de niños 9

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI5. ¿Le deja [PARTNERSHIP GRANTEE] usar los fondos de la asociación para cualquier propósito que usted cree necesario o están los fondos destinados para propósitos específicos?

Seleccione solamente una

🔾 Cualquier cosa que pensamos necesaria 1

🔾 Destinados para propósitos específicos 2

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI6. Aparte de los fondos recibidos de [PARTNERSHIP GRANTEE], ¿ha proporcionado directamente el concesionario los siguientes equipo y suministros para su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Estantes para libros 1

🞏 Juegos de niños u otro equipo para exteriores 2

🞏 Mesas y sillas 3

🞏 Cunas y/o cambiadores 4

🞏 Papel u otro suministro de oficina 5

🞏 Materiales del currículo 6

🞏 Materiales para evaluaciones 7

🞏 Suministros para artes 8

🞏 Juguetes y/o materiales para “jugar a ser” 9

🞏 Libros 10

🞏 Tecnología de la información (tales como computadoras, acceso a internet o “software” de administración de programas) 11

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI7a. Antes de la subvención para asociación, ¿en cuál de las siguientes oportunidades de desarrollo profesional participó usted o el personal de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Talleres 1

🞏 Capacitación individualizada 2

🞏 Entrenamiento, orientación, consulta 3

🞏 Capacitación en línea 4

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

QI7b. Desde el inicio de su participación en la subvención para asociación, ¿le proporcionó [PARTNERSHIP GRANTEE] las siguientes oportunidades de desarrollo profesional al personal de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Talleres en el concesionario de asociación 1

🞏 [IF CHILD CARE CENTER] Talleres en el centro de cuidado de niños 2

🞏 Capacitación individualizada 3

🞏 Entrenamiento, orientación o consulta 4

🞏 Capacitación en línea 5

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: New item

QI8. Bajo esta subvención para asociación,¿le proporciona [PARTNERSHIP GRANTEE] oportunidades para obtener alguno de los siguientes?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Asociado de Desarrollo del Niño (CDA) 1

🞏 Certificación, credenciales o licencia otorgada por el estado que cumple o excede los requerimientos de CDA 2

🞏 Título de Asociado de Artes (A.A., A.A.S.) 3

🞏 Título de bachillerato (B.A., B.S.) 4

QI9. Por medio de la asociación, ¿recibe usted financiamiento para el personal de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] para tener tiempo libre para participar en capacitación? Esto puede incluir pagar sustitutos mientras usted u otro miembro del personal está participando en la capacitación?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: National Survey of Early Care and Education

QI10. ¿Tiene su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] una calificación general de calidad (por ejemplo, basada en los estándares relacionados con acreditación, reembolso escalonado o algún otro sistema de calificación de calidad)? Una calificación de calidad refleja los estándares adicionales y más altos que aquellos necesarios para obtener la licencia.

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF QI10 = YES]

QI10a. ¿Cuál agencia o grupo le dio su calificación de calidad?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Asociación Nacional para la Educación de Niños Pequeños 1

🞏 Asociación Nacional para el Cuidado Familiar de Niños 2

🞏 Evaluación de Calidad y Sistema de Mejora del cuidado de niños local o estatal (QRIS) 3

🞏 Recurso y referencia local de cuidado de niños (CCR&R) 4

🞏 Agencia de cuidado de niños local o estatal 5

🞏 Otra *(especifique)* 99

Source: New item

QI11. Para cada uno de los siguientes, por favor indique si ha accedido a formación o asistencia técnica sobre este tema. Puede haber accedido a formación o asistencia técnica a través del Centro Nacional de Asociaciones de Early Head Start (NCEHS-CCP) o de otra fuente. Ejemplos de otras fuentes incluyen centros nacionales financiados por la Oficina de Cuidado de Niños (OCC) y/o la Oficina de Head Start (OHS); y consultas con especialistas regionales, recursos de cuidado de niños y organismos de referencia, o administradores de calificación de calidad del estado y de sistemas de mejoramiento.

[FOR EACH RESPONSE = YES]:

QI11a. ¿Accedió usted a capacitación y asistencia técnica de NCEHS-CCP o de alguna otra fuente?

|  | QI11. | QI11a.Accedió a información de… |
| --- | --- | --- |
|  | ACCEDIÓ A CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA EN … | MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN |
|  | NCEHS-CCP | OTRA FUENTE |
| a. Establecer acuerdos de asociación | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |
| b. Mantener relaciones efectivas con socios | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |
| c. Comprender Fondos de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF)/normas de subsidio | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |
| d. Aprender estrategias para cumplir los HSPPS | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |
| e. Coordinar recursos | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |
| f. Otro *(especifique)* | 1 🔾 | 1 🞏 | 2 🞏 |

# **SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**

**Ahora quisiéramos saber cómo trabaja con [PARTNERSHIP GRANTEE] para proporcionar servicios a niños y familias matriculados en posiciones de asociación.**

Source: Adapted from Baby FACES

FS1. ¿Cuáles son las principales formas en las cuales usted recluta familias para las posiciones de asociación?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Referencias del concesionario de asociación 1

🞏 Referencias de agencias de la comunidad/socios 2

🞏 Referencias de una agencia de Referencia y Recurso de Cuidado de Niños (CCR&R) 3

🞏 Recomendación personal 4

🞏 Esfuerzos que hace su personal por extender los servicios en la comunidad 5

🞏 Publicidad local, como volantes, anuncios en el periódico o espacios en la radio 6

🞏 Sin necesidad de reclutar 7

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: Adapted from Baby FACES

FS2a. Antes de su participación en la subvención para asociación¿tenía su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] una lista de espera para posiciones bebés/niños pequeños?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

FS2b. ¿Tiene su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] actualmente…

 *Seleccione solamente una*

🔾 Una lista de espera solamente para posiciones de asociación? 1

🔾 Una lista de espera para bebés/niños pequeños pero no para posiciones de asociación? 2

🔾 Una lista de espera para posiciones de asociación y bebés/niños pequeños que no están financiados a través de la asociación? 3

🔾 No tiene lista de espera 0

Source: Adapted from Baby FACES

FS3. Antes de su participación en la subvención para asociación, ¿tenía usted un sistema formal para priorizar la matrícula con base en riesgos o necesidades familiares?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF FS3 = YES]

FS3a. ¿Cuáles factores fueron considerados al priorizar la matrícula?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Empleo de tutores/padres 1

🞏 Elegibilidad del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF) 2

🞏 Recibo del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF) 3

🞏 Necesidades especiales del niño 4

🞏 Número de niños en la familia 5

🞏 Madre adolescente 6

🞏 Padres solteros 7

🞏 Aprendizaje en dos idiomas 8

🞏 Prestaciones sociales/TANF 9

🞏 Salud mental 10

🞏 Violencia familiar 11

🞏 Uso de sustancias 12

🞏 Otro *(especifique)* 99

[IF FS3 = YES AND AT LEAST 2 OPTIONS ARE SELECTED]

FS3b. A continuación están los factores que usted identificó para priorizar la matrícula antes de la subvención para asociación. Por favor clasifique estos factores en el orden en el cual fueron priorizados siendo 1 la prioridad más alta.

|  |
| --- |
| **PROGRAMMER:**insert table that lists all items = yes from FS3a, table should have a funCTION that allows for rank ordering of items, with 1 being of highest priority and N of lowest priority. |

Source: Adapted from Baby FACES

FS4. ¿Tiene usted actualmente un sistema formal para priorizar la matrícula en la asociación con base en las necesidades o riesgos familiares?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

[IF FS4 = YES]

**FS4a. ¿Cuáles factores se toman en cuenta al priorizar la matrícula?**

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Empleo de tutores/padres 1

🞏 Elegibilidad del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF) 2

🞏 Recibo del Fondo de Desarrollo y Cuidado Infantil (CCDF) 3

🞏 Necesidades especiales del niño 4

🞏 Cantidad de niños en la familia 5

🞏 Madre adolescente 6

🞏 Padres solteros 7

🞏 Aprendizaje en dos idiomas 8

🞏 Prestaciones sociales/TANF 9

🞏 Salud mental 10

🞏 Violencia familiar 11

🞏 Uso de sustancias 12

🞏 Falta de vivienda 13

🞏 Otro*(especifique)* 99

[IF FS4 = YES AND AT LEAST 2 OPTIONS ARE SELECTED]

FS4b. A continuación están los factores que usted identificó para priorizar la matrícula en la asociacion. Por favor clasifica estos factores en el orden en el cual fueron priorizados siendo 1 la prioridad más alta.

|  |
| --- |
| **PROGRAMMER:**insert table that lists all items = yes from FS4a, table should have a funCTION that allows for rank ordering of items, with 1 being of highest priority and N of lowest priority. |

Source: Adapted from Head Start/Child Care Partnership Study & Baby FACES

FS5a. ¿Ofreció usted alguno de los siguientes servicios a los niños antes de la subvención para asociación? Estos servicios pueden ser proporcionados por su agencia, o por un socio comunitario.

Source: Adapted from Head Start/Child Care Partnership Study & Baby FACES

FS5b. ¿Ofrece actualmente este servicio a niños matriculados en posición de asociación y también a otros niños desde recién nacidos hasta 3 años de edad que están matriculados para cuidado? Estos servicios pueden ser provistos por su agencia, por el consecionario de asociación, o por un socio comunitario.

[FOR EACH SERVICE OFFERED]

FS5b1. ¿Quién es el responsable de proporcionar este servicio?

|  | FS5a. | FS5b.Actualmenteofrecido a … | FS5b1.Servicio provisto por … |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ¿SERVICIO OFRECIDO A LOS NIÑOS ANTES DE LA ADJUDICACIÓN? | MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN | MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN |
|  | ¿NIÑOS MATRICULADOS EN POSICIONES DE ASOCIACIÓN? | ¿OTROS NIÑOS MATRICULADOS EN CUIDADO?  | ¿DIRECTAMENTE POR PERSONAL DEL CONCESIONARIO DE ASOCIACIÓN?  | ¿DIRECTAMENTE POR PERSONAL DEL SOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS? | ¿REFERENCIA A UN SOCIO O AGENCIA DE LA COMUNIDAD? |
| a. Evaluación de visión | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| b. Evaluación auditiva | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| c. Evaluación dental  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| d. Observación/evaluación de salud mental  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| e. Evaluación del desarrollo | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| f. Evaluación del habla | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| g. Evaluación nutricional | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| h. Evaluación de líder | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| i. Referencias médicas | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| j. Referencias dentales | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| k. Referencias de salud mental | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| l. Referencias de servicios social  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| m. Terapia Física | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| n. Terapia del lenguaje | 1 🔾 | 1 🔾  | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |

Source: Adapted from Baby FACES

FS6a. ¿Ofreció usted alguno de los siguientes servicios a las familias antes de la adjudicación de la asociación? Estos servicios pueden ser proporcionados por su agencia, o por un socio comunitario.

Source: Adapted from Baby FACES

FS6b. ¿Ofrece actualmente este servicio a familias de niños matriculados en posiciones de asociación y a familias de niños recién nacidos hasta 3 años que también están matriculados en cuidado? Estos servicios pueden ser provistos por su agencia, por el consecionario de asociación, o por un socio comunitario.

[FOR EACH SERVICE OFFERED]

FS6c. ¿Quién es el responsable de proporcionar este servicio?

|  | FS6a. | FS6b.Actualmenteofrecido a … | FS6c.Servicio provisto por … |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ¿SERVICIO OFRECIDO A FAMILIAS ANTES DE LA ADJUDICACIÓN? | MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN | MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN |
|  | ¿FAMILIAS MATRICULADAS EN POSICIONES DE ASOCIACIÓN? | ¿OTRAS FAMILIAS MATRICULADAS EN CUIDADO? | ¿DIRECTAMENTE POR PERSONAL DEL CONCESIONARIO DE ASOCIACIÓN? | ¿DIRECTAMENTE POR PERSONAL DEL SOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS? | ¿REFERENCIA A UN SOCIO O AGENCIA DE LA COMUNIDAD? |
| a. Servicios pediátricos | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| b. Cuidado médicos para adultos  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| c. Cuidado prenatal / Ginecología obstetricia | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| d. Asistencia para el transporte | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| e. Servicios de discapacidad para padres | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| f. Asistencia de emergencia  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| g. Asistencia de empleo | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| h. Educación o capacitación de trabajo | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| i. Servicios por abuso de drogas o alcohol  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| j. Asistencia legal  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| k. Asistencia para la vivienda | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| l. Asesoría financiera | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| m. Servicios familiares de alfabetización | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| n. Servicios para aprendices del idioma inglés | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| o. Cuidado dental  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| p. Investigaciones sobre salud mental | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| q. Evaluaciones de salud mental  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| r. Terapia | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| s. Coordinación del cuidado  | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| t. Consulta con el personal o seguimiento con las familias sobre los resultados de las evaluaciones | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |
| u. Algún otro servicio (*especifique*) | 1 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 |

Source: New item

FS7. Antes de su participación en la subvensión de asociación, ¿desarrolló su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] Acuerdos de Asociaciones Familiares Individuales (o algo similar)?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from Baby FACES

FS8a. ¿Para cuáles familias ofrece usted Acuerdos de Asociación Familiares Individuales (IFPA, por sus siglas en inglés)?

Seleccione todas las que correspondan

🔾 Familias matriculadas en posiciones de asociación 1

🔾 Otras familias matriculadas 2

Source: New item

FS8b. ¿Quién es principalmente responsable de desarrrollar IFPAs con las familias?

Seleccione solamente una

🔾 Personal del concesionario de asociación 1

🔾 Personal del socio del cuidado de niños 2

🔾 Otro (especifique) 99

Source: New item

FS9a. ¿Ofreció usted visitas al hogar a niños y familias antes de la subvención para asociación?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from Head Start/Child Care Partnership Study

FS9b. ¿Para cuáles familias se ofrece actualmente visitas al hogar?

Seleccione todas las que correspondan

🔾 Familias matriculadas en posiciones de asociación 1

🔾 Otras familias matriculadas en cuidado 2

🔾 No se ofrecen visitas al hogar para las familias matriculadas 0

Source: New item

[IF FS9B = 1,2]

FS9b1. ¿Quién es principalmente responsable de realizar visitas al hogar?

Seleccione solamente una

🔾 Personal del concesionario de asociación 1

🔾 Personal del socio del cuidado de niños 2

🔾 Otro (*especifique*) 99

FS10a. Antes de su participación en la subvención para asociación, ¿se reunió el personal del [centro/hogar familiar de cuidado de niños] regularmente para discutir los servicios individuales para familias y niños?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from the Evaluation of the Early Learning Initiative

FS10b. ¿Se reúne usted o alguna persona de su [centro/hogar familiar de cuidado de niños] regularmente con alguna persona de [PARTNERSHIP GRANTEE] para discutir los servicios individuales para niños y familias?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: New item

[IF FS10b = YES]

FS10b1. ¿Qué se discute durante estas reuniones?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Planes de servicios familiares 1

🞏 Resultado de la valoración del niño 2

🞏 Planes de la lección del salón de clase 3

🞏 Planes de transición 4

🞏 Comunicación con padres 5

🞏 Coordinación con proveedores de la intervención temprana u otros servicios 6

🞏 Otras disposiciones de cuidado de niños en la que están los niños 7

🞏 Transporte para niños 8

🞏 Necesidades o barreras familiares o de niños 9

🞏 Otro *(especifique)* 99

Source: Adapted from the Evaluation of the Early Learning Initiative

[IF FS10b = YES]

FS10b2. ¿Qué tan a menudo ocurren estas reuniones sobre servicios para niños y familias específicas?

Seleccione solamente una

🔾 Cada día o casi todos los días 1

🔾 Cada semana o casi todos las semanas 2

🔾 Una o dos veces al mes 3

🔾 Menos de una vez al mes 4

FS11. ¿Estuvo usted ejecutando algún currículo específico para bebés/niños pequeños antes de la adjudicación de la asociación?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from Baby FACES 2009 Director Interview

[IF FS11 = YES]

FS11a. Por favor indique el currículo/curricula de bebés/niños pequeños que estuvo ejecutando antes de la adjudicación de la asociación?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Currículo creado por agencia 1

🞏 Sistema de Programación, Evaluación y Valoración (AEPS, por sus siglas en inglés) 2

🞏 Inicios Bonitos 3

🞏 Currículo Creativo 4

🞏 Perfil de Logros de Aprendizaje Temprano 5

🞏 Inicios Emocionales 6

🞏 Juegos para Jugar con Bebés 7

🞏 Juegos para Jugar con Niños Pequeños 8

🞏 Perfil de Aprendizaje Temprano de Hawái (HELP, por sus siglas en inglés) 9

🞏 Alto/Alcance 10

🞏 Actividades de Aprendizaje para bebés 11

🞏 Montessori 12

🞏 Unos y Dos 13

🞏 Socios como Cuidadores Primarios 14

🞏 Socios en el Aprendizaje 15

🞏 Juegos de Aprendizaje en Horas de Juego para Niños Pequeños 16

🞏 Recursos para Educadores Infantiles 17

🞏 Hablándole a Su Bebé 18

🞏 Currículo Anti-Preferencia 19

🞏 Programa para el Cuidado del Bebé–Niños Pequeños 20

🞏 Otro currículo (*describa*) 99

FS12. Desde el inicio de su participación en la subvención para asociación, ¿ha estado usted ejecutando algún curriculo de bebés/niños pequeños específico?

🔾 Sí 1

🔾 No 0

Source: Adapted from Baby FACES 2009 Director Interview

[IF FS12 = YES]

FS12a. ¿Cuál currículo/curricula usa actualmente su programa?

Seleccione todas las que correspondan

🞏 Currículo creado por agencia 1

🞏 Sistema de Programación, Evaluación y Valoración (AEPS, por sus siglas en inglés) 2

🞏 Inicios Bonitos 3

🞏 Currículo Creativo 4

🞏 Perfil de Logros de Aprendizaje Temprano 5

🞏 Inicios Emocionales 6

🞏 Juegos para Jugar con Bebés 7

🞏 Juegos para Niños Pequeños 8

🞏 Perfil de Aprendizaje Temprano de Hawái (HELP, por sus siglas en inglés) 9

🞏 Alto/Alcance 10

🞏 Actividades de Aprendizaje para Infantes 11

🞏 Montessori 12

🞏 Unos y Dos 13

🞏 Socios como Cuidadores Primarios 14

🞏 Socios en el Aprendizaje 15

🞏 Juegos de Aprendizaje en Horas de Juego para Niños Pequeños 16

🞏 Recursos para Educadores Infantiles 17

🞏 Hablándole a Su Bebé 18

🞏 Currículo Anti-Preferencia 19

🞏 Programa para el Cuidado del Bebé–Niños Pequeños 20

🞏 Otro currículo (*describa*) 99

# **CALIDAD DE ASOCIACIÓN**

**Ahora nos gustaría su opinión sobre cómo va su asociación con [PARTNERSHIP GRANTEE] hasta ahora.**

Source: Adapted from the Head Start/Child Care Partnership Study

PQ1. Por favor indique el grado en el cual usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes oraciones:

SELECCIONE SOLAMENTE UNA

|  | NO ESTA SEGURO(A) | EN DESACUERDO | NEUTRO | ALGO DE ACUERDO  | DE ACUERDO |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a. Las personas en la asociación demuestran respeto mutuo para cada uno. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| b. Siento que mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] es un socio completo con [PARTNERSHIP GRANTEE]. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| c. Siento que mi voz se escucha en la asociación. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| d. Siento que puedo tomar el teléfono y llamar a [PARTNERSHIP GRANTEE. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| e. [PARTNERSHIP GRANTEE] y yo tenemos objetivos similares para nuestro trabajo en conjunto.  | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| f. Siento que [PARTNERSHIP GRANTEE] respeta mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| g. Siento que [PARTNERSHIP GRANTEE] no ve mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] como un socio  | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |

Source: Implementation Leadership Scale (ILS; Aarons, Ehrhart, and Farahnak 2014)

PQ2. Las siguientes preguntas son sobre el progreso que el director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha hecho liderando la ejecución de asociaciones con su [centro/hogar familiar de cuidado de niños]. Por favor indique la medida en la cual usted está de acuerdo con cada oración.

SELECCIONE SOLAMENTE UNA

|  | PARA NADA  | LIGERAMENTE DE ACUERDO | MODERADAMENTE DE ACUERDO  | EN GRAN MEDIDA DE ACUERDO | INMENSAMENTE DE ACUERDO  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha desarrollado un plan para facilitar la ejecución de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| b. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha eliminado los obstáculos para la ejecución de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| c. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha establecido estándares de departamento claros para la ejecución de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| d. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] es conocedor de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| e. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] es capaz de contestar las preguntas del personal sobre las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| f. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] sabe de qué habla en lo que se refiere a las asociaciones... | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| g. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] reconoce y aprecia los esfuerzos del personal de cuidado de niños hacia una ejecución exitosa de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| h. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] apoya los esfuerzos del personal de cuidado de niños por aprender más sobre las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| i. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] apoya los esfuerzos del personal de cuidado de niños para dar servicios por medio de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| j. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] persevera durante los altibajos de la ejecución de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| k. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] enfrenta los desafíos de ejecución de las asociaciones. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |
| l. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] reacciona a temas críticos con respecto a la ejecución de las asociaciones tratando el (los problema(s) directa y abiertamente. | 0 🔾 | 1 🔾 | 2 🔾 | 3 🔾 | 4 🔾 |

# **EDUCACIÓN Y EXPERIENCIA**

**En esta sección final, nos gustaría saber sobre su historial educativo y su experiencia de trabajo con los entornos de la niñez temprana.**

PE1. ¿Es usted…

Seleccione su rol principal

🔾 Director? 1

🔾 Subdirector? 2

🔾 Gerente/supervisor? 3

🔾 Propietario? 4

🔾 Proveedor de cuidado de niños en hogar familiar? 5

🔾 Otro (*especifique*) 99

PE2. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?

Seleccione solamente una

🔾 Diploma de secundaria o certificado GED 1

🔾 Algo de escuela vocacional/técnica pero sin diploma 2

🔾 Diploma vocacional o técnico 3

🔾 Cursos universitarios pero sin graduarse 4

🔾 Graduado en Artes o grado de Asociado (A.A., A.A.S.) 5

🔾 Título de Bachillerato (B.A., B.S.) 6

🔾 Título de Maestría (M.A., M.S.) 7

🔾 Título de Doctorado (PhD., Ed.D) 8

🔾 Título profesional después del Título de Bachillerato 9

🔾 Otro *(especifique)* 99

[IF PE2 = 3, 5-9, 99]

PE3. ¿En cuál campo obtuvo usted su título más alto?

Seleccione solamente una

🔾 Desarrollo del niño o psicología del desarrollo 1

🔾 Educación de la niñez temprana 2

🔾 Educación primaria 3

🔾 Educación especial 4

🔾 Otro (*especifique*) 99

PE4. Incluyendo este año, ¿cuántos años ha estado trabajando usted con bebes y/o niños pequeños?

 AÑOS

PE5. Incluyendo este año, ¿cuántos años ha estado usted en su posición actual?

 AÑOS

# **FIN DE LA ENCUESTA**

**Gracias por su participación en esta encuesta. Por favor proporcione su dirección de correo postal donde deberíamos enviarle su tarjeta de agradecimiento. La recibirá en aproximadamente 2 semanas.**

Dirección de correo postal1:

Dirección de correo postal2:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**¡Gracias por completar la Encuesta del Socio del Cuidado Infantil!**

**Por favor haga clic en el botón “Enviar la encuesta” en la esquina inferior derecha para enviar la encuesta.**