

ATTACHMENT D

CHILD CARE PARTNER SURVEY  
SPANISH VERSION

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

# 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.

## SOBRE SU NEGOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS

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

**PC1. ¿Cuál de las siguientes describe 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 <u>capacidad total de matrícula autorizada</u> de su [CENTRO/ HOGAR FAMILIAR DE CUIDADO DE NIÑOS] para <u>todas las edades</u> ?	d	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cuál es la <u>capacidad total de matrícula autorizada</u> de su [CENTRO/HOGAR FAMILIAR DE CUIDADO DE NIÑOS] para niños <u>recién nacidos hasta 3 años</u> ?	d	<input type="checkbox"/>
c. <u>Antes de que la asociación iniciara</u> , ¿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	<input type="checkbox"/>
d. El mes pasado, ¿cuál fue su <u>matrícula real en todas las edades</u> ?	d	<input type="checkbox"/>
e. El mes pasado, ¿cuál fue su <u>matrícula real</u> para niños <u>recién nacidos hasta 3 años</u> ?	d	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

**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 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
b. Por una compensación más alta o mejor paquete de beneficios en el mismo campo?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
c. Porque fueron despedidos o liquidados?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
d. Por licencia de maternidad?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
e. Por razones personales?	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>
f. Por alguna otra razón? (especifique)	1 <input type="radio"/>	0 <input type="radio"/>

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 anual. 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 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] 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 <input type="checkbox"/>
b. martes.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>
c. miércoles.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>
d. jueves.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>
e. viernes.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>
f. sábado.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>
g. domingo.....	_ _  :  _ _  AM PM	_ _  :  _ _  AM PM	d <input type="checkbox"/>

**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]

**PD2b.** 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 concesionario 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 fondos 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 subsidios perdidos..... 1
- Los fondos compensan parcialmente los subsidios 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 Q12b = YES]

**Q12b1. ¿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

**Q13. ¿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

**Q14. 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

DRAFT

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

**Q15. ¿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

**Q16. 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

**Q17a. 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

**Q17b. 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

**Q18. 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

**Q19. 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

**Q10. ¿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 Q10 = YES]

**Q10a. ¿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

**Q11. 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]:

**Q11a. ¿Accedió usted a capacitación y asistencia técnica de NCEHS-CCP o de alguna otra fuente?**

	Q11.	Q11a. 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 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Mantener relaciones efectivas con socios	1 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Comprender Fondos de Cuidado y Desarrollo Infantil (CCDF)/normas de subsidio	1 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Aprender estrategias para cumplir los HSPPS	1 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Coordinar recursos	1 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. Otro ( <i>especifique</i> )	1 <input type="radio"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

## 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 asociación. 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 concesionario de asociación, o por un socio comunitario.**

[FOR EACH SERVICE OFFERED]

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

	FS5a.	FS5b. Actualmente ofrecido a ...		FS5b1. Servicio provisto por ...		
		MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN		MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN		
		¿SERVICIO OFRECIDO A LOS NIÑOS ANTES DE LA ADJUDICACIÓN?	¿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?
a. Evaluación de visión	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
b. Evaluación auditiva	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
c. Evaluación dental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
d. Observación/evaluación de salud mental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
e. Evaluación del desarrollo	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
f. Evaluación del habla	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
g. Evaluación nutricional	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
h. Evaluación de líder	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
i. Referencias médicas	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
j. Referencias dentales	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
k. Referencias de salud mental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
l. Referencias de servicios social	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
m. Terapia Física	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
n. Terapia del lenguaje	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

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 concesionario de asociación, o por un socio comunitario.**

[FOR EACH SERVICE OFFERED]

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

	FS6a.	FS6b. Actualmente ofrecido 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?	¿DIRECTAMEN TE POR PERSONAL DEL SOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS?	¿REFERENCIA A UN SOCIO O AGENCIA DE LA COMUNIDAD?	
a. Servicios pediátricos	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
b. Cuidado médicos para adultos	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
c. Cuidado prenatal / Ginecología obstetricia	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
d. Asistencia para el transporte	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
e. Servicios de discapacidad para padres	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
f. Asistencia de emergencia	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
g. Asistencia de empleo	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
h. Educación o capacitación de trabajo	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
i. Servicios por abuso de drogas o alcohol	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
j. Asistencia legal	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
k. Asistencia para la vivienda	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
l. Asesoría financiera	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
m. Servicios familiares de alfabetización	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
n. Servicios para aprendices del idioma inglés	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
o. Cuidado dental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
p. Investigaciones sobre salud mental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
q. Evaluaciones de salud mental	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
r. Terapia	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
s. Coordinación del cuidado	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	
t. Consulta con el personal o seguimiento con las familias sobre los resultados de las evaluaciones	1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	

u. Algún otro servicio  
(especifique)

FS6a.	FS6b. Actualmente ofrecido a ...		FS6c. Servicio provisto por ...		
	MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN		MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN		
¿SERVICIO OFRECIDO A FAMILIAS ANTES DE LA ADJUDICACIÓN?	¿FAMILIAS MATRICULADAS EN POSICIONES DE ASOCIACIÓN?	¿OTRAS FAMILIAS MATRICULADAS EN CUIDADO?	¿DIRECTAMENTE POR PERSONAL DEL CONCESIONARIO DE ASOCIACIÓN?	¿DIRECTAMEN TE POR PERSONAL DEL SOCIO DE CUIDADO DE NIÑOS?	¿REFERENCIA A UN SOCIO O AGENCIA DE LA COMUNIDAD?
1 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

Source: New item

**FS7. Antes de su participación en la subvención 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 desarrollar 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

DRAFT

**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 todas 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/currícula 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 currículo de bebés/niños pequeños específico?**

- Sí..... 1
- No..... 0

Source: Adapted from Baby FACES 2009 Director Interview  
[IF FS12 = YES]

**FS12a. ¿Cuál currículo/currícula 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 DESACUERD O	NEUTR O	ALGO DE ACUERD O	DE ACUERD O
a. Las personas en la asociación demuestran respeto mutuo para cada uno.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
b. Siento que mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] es un socio completo con [PARTNERSHIP GRANTEE].	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
c. Siento que mi voz se escucha en la asociación.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
d. Siento que puedo tomar el teléfono y llamar a [PARTNERSHIP GRANTEE].	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
e. [PARTNERSHIP GRANTEE] y yo tenemos objetivos similares para nuestro trabajo en conjunto.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
f. Siento que [PARTNERSHIP GRANTEE] respeta mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños]	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
g. Siento que [PARTNERSHIP GRANTEE] no ve mi [centro/hogar familiar de cuidado de niños] como un socio	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

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

	PAR A NAD A	LIGERAMENT E DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	EN GRAN MEDIDA DE ACUERDO	INMENSAMENT E DE ACUERDO
a. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha desarrollado un plan para facilitar la ejecución de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
b. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha eliminado los obstáculos para la ejecución de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
c. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] ha establecido estándares de departamento claros para la ejecución de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
d. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] es conocedor de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
e. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] es capaz de contestar las preguntas del personal sobre las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
f. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] sabe de qué habla en lo que se refiere a las asociaciones...	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
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 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
h. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] apoya los esfuerzos del personal de cuidado de niños por aprender más sobre las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
i. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] apoya los esfuerzos del personal de cuidado de niños para dar servicios por medio de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
j. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] persevera durante los altibajos de la ejecución de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
k. El director de [PARTNERSHIP GRANTEE] enfrenta los desafíos de ejecución de las asociaciones.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
l. El director de [PARTNERSHIP	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

PAR A NAD A	LIGERAMENT E DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	EN GRAN MEDIDA DE ACUERD O	INMENSAMENT E DE ACUERDO
----------------------	-------------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------

GRANTEE] reacciona a temas

cr  
la  
pr

<b>EDUCACIÓN Y EXPERIENCIA</b>
--------------------------------

**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 bebés y/o niños pequeños?**

AÑOS

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

AÑOS

DRAFT

**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 postal 1:

Dirección de correo postal 2:

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.**