



NATIONAL SURVEY OF **EARLY CARE & EDUCATION** | 2024

*Home-based Provider
Screeners and
Questionnaire
(Spanish Version)*

HOME-BASED PROVIDER QUESTIONNAIRE

LANDING PAGE

¡Bienvenidos a la Encuesta Nacional de Cuidado y Educación Temprana!

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

PIN:

Contraseña:

QUEXLANG

Please select the language in which you would like to conduct the interview.

Por favor seleccione el idioma en el que desea realizar la entrevista.

English/Inglés

Spanish/Español

QUITTEXT

Su sesión ha sido suspendida. Por favor, vuelva a iniciar la sesión y complete la encuesta.

Muchas gracias por su participación.

FOOTER

Si tiene alguna pregunta, puede contactarnos en nsece24prov@norc.org nsece-prov@norc.org o al 1 (800) 487-4609.[PLACEHOLDER]

FOOTERFI

IF NECESSARY: INTERVIEWER: IF YOU FACE ANY ISSUES ADMINISTERING THE SURVEY YOU CAN CONTACT THE NSECE FI HELPDESK AT NSECEHelpdesk@norc.org FOR NON-URGENT ASSISTANCE OR CALL [PLACEHOLDER]FOR URGENT ASSISTANCE.

[IF SAMPTYPE = HHLD GO TO CONSENT_UNLISTED. IF SAMPTYPE = PROV GO TO CONSENT_LISTEDSCR.]

[IF SAMPTYPE = HHLD GO TO CONSENT_UNLISTED. IF SAMPTYPE = PROV GO TO SCRINTRO_LISTED.]

CONSENT UNLISTED

Gracias por su interés en este estudio, realizado por NORC en la Universidad de Chicago para la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta encuesta está diseñada para entender las experiencias de las personas que cuidan niños menores de 13 años en un hogar. Su participación en esta encuesta ayudará a la agencias publicas y a los proveedores de cuidado de niños a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado de niños que más se necesitan en su área.

Debería haber recibido un número de identificación personal (PIN) por correo postal o electrónico. Ingrése lo en el campo a continuación y luego haga clic en el botón "Continuar".

Esta encuesta dura alrededor de [20 for unlisted home-based providers/40 for listed home-based providers] minutos, y su participación es voluntaria. Puede optar por no responder a las preguntas que no desea responder o finalizar la encuesta en cualquier momento. Todo el personal asociado a este estudio debe firmar un documento legal en el que se compromete a proteger la privacidad de la

información recolectada en esta encuesta. Utilizamos sistemas informáticos, capacitación del personal y estrictos requisitos de acceso a los datos para proteger su identidad y mantener la confidencialidad de su respuesta. Para proteger mejor su confidencialidad, esta encuesta no contiene preguntas que requieran que divulgue información confidencial y privada sobre usted. Este estudio también tiene un Certificado Federal de Confidencialidad del gobierno que protege a los investigadores y otro personal de verse obligados a divulgar información que podría usarse para identificar a los participantes en los procedimientos judiciales.

La información obtenida en este estudio se utilizarán solo con fines estadísticos, de modo que ningún individuo u organización pueda identificarse directa o indirectamente en los resultados de la investigación. Los identificadores como su nombre, el nombre de su organización o las direcciones se considerarán confidenciales y solo el personal autorizado asociado con este estudio podrá acceder a ellos a fines de investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado solo cuando sea necesario.

Puede hacer clic en el botón 'ANTERIOR' para volver y cambiar sus respuestas si es necesario. Al hacer clic en 'DETENER' se guardarán sus respuestas y podrá volver a la última pregunta que respondió la próxima vez que acceda al cuestionario.

Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recolección de información, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de OMB para esta recolección de información es 0970-0391 y la fecha de caducidad es MM/DD/AÑO. Envíe comentarios sobre el tiempo necesario para esta encuesta o cualquier otro aspecto de esta recolección de información a: NORC at the University of Chicago, 55 E Monroe St, Ste 3000, Chicago, IL, 60603, Atención: A. Rupa Datta

INTERVIEWER-ADMINISTERED

(Hola. Mi nombre es _____ y vengo en nombre de NORC en la Universidad de Chicago). Estamos realizando un estudio sobre las experiencias de las personas que cuidan a niños menores de 13 años en un hogar. Está financiado por la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y realizado por NORC en la Universidad de Chicago. Su participación en este estudio ayudará a las agencias públicas y a los proveedores de cuidado de niños a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado de niños que son los más necesarios en su área. Esta encuesta dura alrededor de [20 for unlisted home-based providers/40 for listed home-based providers] minutos, y su participación es voluntaria. Puede optar por no responder a las preguntas que no desea responder o finalizar la encuesta en cualquier momento. Todo el personal asociado a este estudio debe firmar un documento legal en el que se compromete a proteger la privacidad de la información recolectada en esta encuesta. Utilizamos sistemas informáticos, capacitación del personal y estrictos requisitos de acceso a los datos para proteger su identidad y mantener la confidencialidad de su respuesta. Para proteger mejor su confidencialidad, esta encuesta no contiene preguntas que requieran que divulgue información confidencial y privada sobre usted. Este estudio también tiene un Certificado Federal de Confidencialidad del gobierno que protege a los investigadores y otro personal de verse obligados a divulgar información que podría usarse para identificar a los participantes en los procedimientos judiciales. Sin embargo, debe comprender que tomaremos las medidas necesarias para evitar daños graves a los niños u otras personas, incluida la denuncia a las autoridades.

La información obtenida en este estudio se utilizarán solo con fines estadísticos, de modo que ningún individuo u organización pueda identificarse directa o indirectamente en los resultados de la investigación. Los identificadores como su nombre, el nombre de su organización o las direcciones se considerarán confidenciales y solo el personal autorizado asociado con este estudio podrá acceder a ellos a fines de investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado solo cuando sea necesario.

Es posible que se graben partes de esta encuesta con fines de control de calidad. Esto no comprometerá la estricta confidencialidad de sus respuestas. Estas grabaciones se compartirán únicamente con el personal autorizado asociado con el estudio. Las grabaciones se mantendrán hasta que finalicemos nuestras notas. ¿Puedo continuar con la grabación?

1. R CONSENTS TO PARTICIPATE IN THE SURVEY->CONTINUE
2. R CONSENTS TO PARTICIPATE IN THE SURVEY BUT DOES NOT WANT TO BE RECORDED ->TURN OF RECORDING FEATURE AND CONTINUE

Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recolección de información, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de OMB para esta recolección de información es 0970-0391 y la fecha de caducidad es MM/DD/AÑO. Envíe comentarios sobre el tiempo necesario para esta encuesta o cualquier otro aspecto de esta recolección de información a: NORC at the University of Chicago, 55 E Monroe St, Ste 3000, Chicago, IL, 60603, Atención: A. Rupa Datta.

GO TO INSTRUCTION BEFORE A1.

SCRINTRO_LISTED

[SELF ADMINISTERED] ¡Bienvenido a la Encuesta Nacional de Cuidado y Educación Temprana! Este estudio lo realiza NORC en la Universidad de Chicago en nombre de la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre los servicios de cuidado de niños en su comunidad. Sus respuestas ayudarán a identificar como apoyar mejor a las personas que cuidan a los niños de nuestra nación.

[INTERVIEWER ADMINISTERED] Hola, mi nombre es [NAME] y vengo a nombre de NORC en la Universidad de Chicago. Estamos realizando un estudio financiado la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre los servicios de cuidado de niños en su comunidad. Sus respuestas ayudarán a identificar como apoyar mejor a las personas que cuidan a los niños de nuestra nación.

Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, la recolección de información a menos que se muestre un número de control de la OMB válido. El número de la OMB para esta recolección de información es el 0970-0391 y la fecha de caducidad es XX/XX/XXXX. Sírvase transmitir comentarios relacionados con el tiempo que toma completar esta encuesta o con cualquier otro aspecto de esta recolección de información a: NORC at the University of Chicago, 55 E Monroe St, Ste 3000, Chicago, IL, 60603, Atención: A. Rupa Datta.

Section A. Location of Care and Screening

IF ADDRESS PRELOAD NOT PRESENT, SKIP TO SKIP LOGIC BOX A_S_1
ELSE, ASK A1

A1.

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

- 1 Sí
2 No

Skip Logic Box A_S_1:
IF A1= 1 SKIP TO A1A1_M
ELSE, ASK A1a

IF ADDRESS PRELOAD NOT PRESENT, INCLUDE INTRO TEXT WITH A1A
IF A1 = DK/REF, INCLUDE INTRO TEXT WITH A1A
ELSE, OMIT INTRO TEXT

A1a.

INTRO TEXT: Vamos a entrevistar a hogares y proveedores de cuidado de niños en varias zonas de todo el país. Para asegurarnos de que sus datos se combinen con los de otras personas en su zona local, tenemos que asegurarnos de que tenemos su dirección correcta.

¿Cuál es su dirección correcta?

Dirección
residencial

Ciudad

Estado

Código
postal

A1A1_M.

¿Provee usted cuidado a niños menores de 13 años que no son hijos suyos durante por lo menos 5 horas cada semana?

THIS QUESTION CONFIRMS ELIGIBILITY. INTERVIEWER PROBE BEFORE SELECTING "NO".
Esto incluye arreglos informales, como cuidar a niños de amigos o de la familia.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 DK/REF/Blank

Skip Logic Box A_S_2:

IF A1A1 = 1 AND SAMPTYPE=PROV, SKIP TO A_S_3
ELSE, IF A1A1 = 2 OR 3 AND SAMPTYPE=PROV, ASK A_SCRN_2
ELSE, IF A1A1=1 AND SAMPTYPE=HHL, SKIP TO S_S_1
ELSE, SKIP TO A1B2.

A_SCRN_2.

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

- 1 Sí
- 2 NO SKIP TO A1B2

A_SCRN_3.

¿En qué mes y año proporcionó usted por la última vez cuidado regular con paga a niños menores de 13 años que no eran hijos suyos?

____ Mes ____ Año

SKIP TO A_S_3

A1B2.

Muchas gracias por su tiempo. Eso es todo por el momento.

TERMINATE THE INTERVIEW AND DISPOSITION THIS CASE AS INELIGIBLE.

Skip Logic Box A_S_3:

IF SAMPTYPE=PROV, ASK CONSENT_LISTEDQUEX
ELSE, SKIP TO A1C1_M.

CONSENT LISTEDQUEX

Gracias por su interés en este estudio, realizado por NORC en la Universidad de Chicago para la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta encuesta está diseñada para estudiar las experiencias de las personas que cuidan niños menores de 13 años en un hogar. Su participación en esta encuesta ayudará a las agencias públicas y a los proveedores de cuidado de niños a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado de niños que más se necesitan en su área.

Debería haber recibido un número de identificación personal (PIN) por correo postal o electrónico. Ingréselo en el campo a continuación y luego haga clic en el botón "Continuar".

Esta encuesta dura alrededor de [20 for unlisted home-based providers/40 for listed home-based providers] minutos, y su participación es voluntaria. Puede optar por no responder a las preguntas que no desea responder o finalizar la encuesta en cualquier momento. Todo el personal asociado a este estudio debe firmar un documento legal en el que se compromete a proteger la privacidad de la información recolectada en esta encuesta. Utilizamos sistemas informáticos, capacitación del personal y estrictos requisitos de acceso a los datos para proteger su identidad y mantener la confidencialidad de su respuesta. Para proteger mejor su confidencialidad, esta encuesta no contiene preguntas que requieran que divulgue información confidencial y privada sobre usted. Este estudio también tiene un Certificado Federal de Confidencialidad del gobierno que protege a los investigadores y otro personal de verse obligados a divulgar información que podría usarse para identificar a los participantes en los procedimientos judiciales.

Los datos obtenidos para este estudio se utilizarán solo con fines estadísticos, de modo que ningún individuo u organización pueda identificarse directa o indirectamente en los resultados de la investigación. Los identificadores como su nombre, el nombre de su organización o las direcciones se considerarán confidenciales y solo el personal autorizado asociado con este estudio podrá acceder a ellos a fines de investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado solo cuando sea necesario.

Puede hacer clic en el botón 'ANTERIOR' para volver y cambiar sus respuestas si es necesario. Al hacer clic en 'DETENER' se guardarán sus respuestas y podrá volver a la última pregunta que respondió la próxima vez que acceda al cuestionario.

INTERVIEWER-ADMINISTERED

(Hola. Mi nombre es _____ y vengo en nombre de NORC en la Universidad de Chicago). Estamos realizando un estudio sobre las experiencias de las personas que cuidan a niños menores de 13 años en un hogar. Está financiado por la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y realizado por NORC en la Universidad de Chicago. Su participación en este estudio ayudará a las agencias públicas y a los proveedores de cuidado de niños a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado de niños que son los más necesarios en su área. Esta encuesta dura alrededor de [20 for unlisted home-based providers/40 for listed home-based providers] minutos, y su participación es voluntaria. Puede optar por no responder a las preguntas que no desea responder o finalizar la encuesta en cualquier momento. Todo el personal asociado a este estudio debe firmar un documento legal en el que se compromete a proteger la privacidad de la información recolectada en esta encuesta. Utilizamos sistemas informáticos, capacitación del personal

y estrictos requisitos de acceso a los datos para proteger su identidad y mantener la confidencialidad de su respuesta. Para proteger mejor su confidencialidad, esta encuesta no contiene preguntas que requieran que divulgue información confidencial y privada sobre usted. Este estudio también tiene un Certificado Federal de Confidencialidad del gobierno que protege a los investigadores y otro personal de verse obligados a divulgar información que podría usarse para identificar a los participantes en los procedimientos judiciales. Sin embargo, debe comprender que tomaremos las medidas necesarias para evitar daños graves a los niños u otras personas, incluida la denuncia a las autoridades.

La información obtenida en este estudio se utilizarán solo con fines estadísticos, de modo que ningún individuo u organización pueda identificarse directa o indirectamente en los resultados de la investigación. Los identificadores como su nombre, el nombre de su organización o las direcciones se considerarán confidenciales y solo el personal autorizado asociado con este estudio podrá acceder a ellos a fines de investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado solo cuando sea necesario.

Es posible que se graben partes de esta encuesta con fines de control de calidad. Esto no comprometerá la estricta confidencialidad de sus respuestas. Estas grabaciones se compartirán únicamente con el personal autorizado asociado con el estudio. Las grabaciones se mantendrán hasta que finalicemos nuestras notas. ¿Puedo continuar con la grabación?

1. R CONSENTS TO PARTICIPATE IN THE SURVEY → CONTINUE
2. R CONSENTS TO PARTICIPATE IN THE SURVEY BUT DOES NOT WANT TO BE RECORDED → TURN OFF RECORDING FEATURE AND CONTINUE

Summer Skip Logic Box S_S_1:

IF CASE WAS COMPLETE ON OR AFTER [PLACEHOLDER] THEN CHECK_S = 1
ELSE CHECK_S = 2

Summer Skip Logic Box S_S_2:

IF CHECK_S=2, SKIP TO A1C1_M
ELSE, IF CHECK_S=1 AND SAMPTYPE=PROV, ASK T1_LHB
ELSE, IF CHECK_S=1 AND SAMPTYPE=HHL, ASK T1_UHB

T1_LHB.

Muchos proveedores de cuidado de niños hacen cambios en su programación en el verano. En comparación con sus prácticas durante el año escolar, ¿se realiza alguna de las siguientes actividades en el verano?

T1_LHBa. ¿cuida diferentes edades de niños?

1. Sí
2. NO

T1_LHBb. ¿cuida diferente cantidad de niños?

1. Sí
2. NO

T1_LHBc. ¿les cobra a los padres diferentes precios para el cuidado de niños?

1. Sí
2. **NO**

T1_LHBd. ¿tiene diferente personal?

1. Sí
2. NO

T1_LHBe. ¿tiene diferente horarios o tipos de personal?

1. Sí
2. NO

T1_LHBf. ¿tiene diferente horario de cuidado para los niños?

1. Sí
2. NO

Skip Logic Box A_S_4:

IF ANY OF T1_LHB A - F = 1, SKIP TO T2

ELSE, GO TO A1C1_M

T1_UHB.

Muchos proveedores de cuidado de niños cambian los arreglos de cuidado de niños en el verano. En comparación con el año escolar, ¿se realiza alguno de los siguientes en el verano?

T1_UHBa. ¿sirve diferentes edades de niños?

1. Sí
2. NO

T1_UHBb. ¿sirve diferente cantidad de niños?

1. Sí
2. NO

T1_UHBc. ¿recibe diferentes pagos o renumeración por cuidar a los niños?

1. Sí
2. NO

T1_UHBd. ¿tiene diferente horario de cuidado para los niños?

1. Sí
2. NO

Skip Logic Box A_S_5:

IF ANY OF T1_UHB A - D = 1, ASK T2
ELSE, GO TO A1C1_M

T2.

¿En qué fecha comienzan sus actividades de verano?

Mes: _____

Día: _____

Año: _____

Al responder el resto de este cuestionario, por favor reporte información sobre su programación tal como estaba en la primavera del 2024 antes de que se hayan realizado cambios para el verano.

A1C1_M.

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

- 1 SU HOGAR
- 2 EL HOGAR DEL NIÑO
- 3 OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE: _____)
- 4 EL LUGAR CAMBIA

COMMENT

Agradecemos y valoramos sus respuestas y opiniones. Por favor, siéntase en libertad de expresar comentarios adicionales o ampliar la información sobre sus respuestas en el siguiente espacio. Si usted no tiene información adicional, por favor seleccione "NINGUN OTRO COMENTARIO" para continuar.

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

B1.

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

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

Número de niños
RANGE: 0 TO 999.

B1A.

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

Número de niños
RANGE: 0 TO 999

B1B.

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

- 1 Sí → SKIP TO B_S_1
2 No →

B1C.

POR FAVOR USE LA FLECHA HACIA ATRÁS PARA CORREGIR EL NÚMERO DE NIÑOS QUE CUIDÓ LA SEMANA PASADA O QUE USUALMENTE CUIDA (PERO QUE NO CUIDÓ LA SEMANA PASADA)

Skip Logic Box B_S_1:

IF SUM OF (B1 AND B1A) LESS THAN FOUR, ASK B2_M.
ELSE IF SUM OF (B1 and B1A) IS FOUR OR GREATER, GO TO C1D

Start of B_L_1 Loop (*BL1):

REPEAT B2A_M/B3A_M – B26 FOR EACH CHILD UNTIL ALL CHILDREN HAVE BEEN ASKED ABOUT.

B2_M. *BL1

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

Ingrese el 1er conjunto de iniciales: _____

B3_M. *BL1

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

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.												
B4_M. *BL1 ¿Cuántos años tiene [CHILD INITIALS]?	<table border="1"> <tr> <td>Años</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses		<table border="1"> <tr> <td>Años</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses		<table border="1"> <tr> <td>Años</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meses</td> <td></td> </tr> </table>	Años		Meses	
Años															
Meses															
Años															
Meses															
Años															
Meses															
B2a_M/B3a_M. *BL1 FOR EACH CHILD, IF CHILD NAME IS PROVIDED IN B2_M THEN CODE AS 1 - 'LA SEMANA PASADA' IF CHILD NAME IS PROVIDED IN B3_M, THEN CODE AS 2 - 'REGULARMENTE (NO LA SEMANA PASADA)'															
Las siguientes preguntas son sobre [CHILD INITIALS] que tiene [(X anos y X meses)].															
B6_M. *BL1 ¿Vive usted con [CHILD INITIALS/CHILD AGE] en la misma vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
IF B6_M =1, SKIP TO INSTRUCTION BEFORE B7a_M. ELSE ASK B7_M B7_M. *BL1 ¿Tenía una relación personal previa con la familia de [CHILD INITIALS/CHILD AGE]'s antes de que empezara a cuidar de (él/ella)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → SKIP to B8_M <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → SKIP to B8_M <input type="checkbox"/> NS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → SKIP to B8_M <input type="checkbox"/> NS												
B7a_M. *BL1 ¿Cuál es su relación personal con	<input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad	<input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad	<input type="checkbox"/> padre/madre sin responsabilidad												

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
[CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ 10. DK/REF/NO ANSWER	legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ 10. DK/REF/NO ANSWER	legal principal 2 <input type="checkbox"/> abuelo/a 6 <input type="checkbox"/> Pareja/cónyuge/novia o novio del padre/la madre 7 <input type="checkbox"/> Tía/Tío 8 <input type="checkbox"/> Primo/Prima 3 <input type="checkbox"/> Otro pariente consanguíneo 4 <input type="checkbox"/> amigo/a de la familia 9 <input type="checkbox"/> No está emparentado 5 <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ 10. DK/REF/NO ANSWER
IF B7A_M = 2 ASK B7B.ii_M ELSE SKIP TO B8_M. <hr/> B7b.ii_M. *BL1 Entonces, ¿ [CHILD INITIALS/CHILD AGE] es su nieto/a?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
B8_M. *BL1 Indique cuántas horas cuidó de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] el lunes de la semana pasada. Para cada período de cuidado, indique la hora de comienzo y la hora de término a continuación. Si cuidó de un niño varias veces el mismo día, indique cada sesión de cuidado por separado.	Hora de inicio: Período 1: Período 2: Hora de término: Período 1: Período 2: DK/REF	Hora de inicio: Período 1: Período 2: Hora de término: Período 1: Período 2: DK/REF	Hora de inicio: Período 1: Período 2: Hora de término: Período 1: Período 2: DK/REF

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
	No cuide a los niños ese día	No cuide a los niños ese día	No cuide a los niños ese día
<p>B8D2_M. *BL1 A veces, el horario de un niño en un día específico es distinto a su horario regular para ese día de la semana.</p> <p>Pensando en el horario de [CHILD INITIALS/AGE] la semana pasada, ¿hubo algún otro día la semana pasada en que el horario fue idéntico al del lunes pasado?</p>	<p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN</p> <p><input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p>	<p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN</p> <p><input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p>	<p>SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN</p> <p><input type="checkbox"/> MARTES <input type="checkbox"/> MIÉRCOLES <input type="checkbox"/> JUEVES <input type="checkbox"/> VIERNES <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/> NO HUBO DÍA IDÉNTICO</p>
<p>B8C_M. *BL1 ¿Fue el horario de [CHILD 2 INITIALS/CHILD 2 AGE] el lunes pasado igual al horario del lunes de otro niño?</p>		<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>B8C1_M. *BL1 ¿Cuál niño tuvo el mismo horario el lunes?</p>		<p>1 <input type="checkbox"/> [INITIALS/AGE for child 1]</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> [INITIALS/AGE for child 1] 2 <input type="checkbox"/> [INITIAL/AGE for child 2]</p>
<p>B8C2_M. *BL1 A veces, el horario de un niño en un día específico es distinto a su horario regular para ese día de la semana.</p> <p>¿Fue el programa de [CHILD X INITIALS/CHILD X AGE] el último [DÍA] idéntico al programa de [CHILD X INITIALS/CHILD X AGE], o hubieron algunas diferencias cuándo o dónde él/ella pasó tiempo el último [DÍA]?</p>		<p><input type="checkbox"/> Idéntico <input type="checkbox"/> Algunas diferencias</p>	<p><input type="checkbox"/> Idéntico <input type="checkbox"/> Algunas diferencias</p>
<p>B9_M. *BL1 ¿Tiene [CHILD INITIALS/CHILD AGE] un padecimiento físico que influye</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
en la manera en que cuida de (él/ella)?			
B10_M. *BL1 ¿Tiene [CHILD INITIALS/CHILD AGE] un padecimiento emocional, de desarrollo o de conducta que influye en la manera en que cuida de (él/ella)?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
B11_M. *BL1 ¿Es [CHILD INITIALS/CHILD AGE] hispano o latino?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
B12_M. *BL1 Especifique la raza de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] entre las siguientes: Seleccione una o más.	1 <input type="checkbox"/> Blanca 2 <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana 3 <input type="checkbox"/> Asiática 4 <input type="checkbox"/> De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____	1 <input type="checkbox"/> Blanca 2 <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana 3 <input type="checkbox"/> Asiática 4 <input type="checkbox"/> De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____	1 <input type="checkbox"/> Blanca 2 <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana 3 <input type="checkbox"/> Asiática 4 <input type="checkbox"/> De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a _____
B13_M. *BL1 ¿Habla [CHILD INITIALS/CHILD AGE] otro idioma que no sea inglés en su hogar?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No →(B17_M)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No →(B17_M)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No →(B17_M)
HB37 New 1 ¿Usted provee cuidado e instrucción utilizando el idioma del hogar de [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NS	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NS	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> NS
B13c_M_REVISED. *BL1 ¿[CHILD INITIALS/CHILD AGE] tiene un padre o madre que necesita la ayuda de un intérprete o un niño para hablar con usted?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
<p>Skip Logic Box B_S_2: IF B2a_M /B3a_M =1 LAST WEEK ASK ELSE SKIP TO B18_M</p> <hr/> <p>B17_M. *BL1 ¿Cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente es decir, por lo menos cinco horas a la semana?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22_M)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22_M)</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → (SKIP TO B22_M)</p>
<p>Skip Logic Box B_S_3: IF B2a_M /B3A_M =2 REGULAR, or B17_M =1 YES ASK B18_M. ELSE, SKIP TO B22_M.</p> <hr/> <p>B18_M. *BL1 ¿Cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] conforme al mismo horario cada semana?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Skip Logic Box B_S_4: IF B2a_M/B3A_M=2 REGULAR and B18_M =1 ASK B19_M ELSE, SKIP TO B22_M.</p> <hr/> <p>B19_M. *BL1 ¿Cuál es ese horario? Comenzando con el lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo (FECHA) a las 6 de la mañana, ¿cuándo cuidó generalmente a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p> <p>DISPLAY CHECK BOX “NO CUIDE AL NIÑO ESE DÍA”</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue. ___ a ___ ___ a ___ 6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue. ___ a ___ ___ a ___ 6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Dom. ___ a ___ ___ a ___ 2 <input type="checkbox"/> Lun. ___ a ___ ___ a ___ 3 <input type="checkbox"/> Mar. ___ a ___ ___ a ___ 4 <input type="checkbox"/> Mié. ___ a ___ ___ a ___ 5 <input type="checkbox"/> Jue. ___ a ___ ___ a ___ 6 <input type="checkbox"/> Vie. ___ a ___ ___ a ___</p>

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
	<input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___ NO CUIDE AL NIÑO ESE DÍA	<input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___ NO CUIDE AL NIÑO ESE DÍA	<input type="checkbox"/> Sáb. ___ a ___ ___ a ___ NO CUIDE AL NIÑO ESE DÍA
B19D2. *BL1 ¿Es el horario del lunes idéntico al de otro día de la semana? SELECCIONAR TODOS LOS QUE CORRESPONDAN 1. MARTES 2. MIÉRCOLES 3. JUEVES 4. VIERNES 5. SÁBADO 6. DOMINGO			
Skip Logic Box B_S_5: IF B2a_M /B3A_M =2 (REGULAR), AND B18_M =2 ASK B20_M ELSE SKIP TO B22_M. B20_M. ¿Cuántas horas generalmente cuida a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	_____ horas cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> 2 semanas <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> varía	_____ horas cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> 2 semanas <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> varía	_____ horas cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> 2 semanas <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> varía
Skip Logic Box B_S_6: IF B20_M = 4 (VARIES) ASK B21 ELSE SKIP TO B22_M. B21. *BL1 ¿Cuida de él/ella conforme al horario de trabajo de uno de sus padres, cuando el proveedor de cuidado regular no está disponible o en otros momentos?	<input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos	<input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos	<input type="checkbox"/> Horario de uno de los padres <input type="checkbox"/> Proveedor no disponible <input type="checkbox"/> Otros motivos/momentos

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
<p>B22_M. *BL1 1 Month: 1-12, Year: 2011-2024 2. Month: 0-12 and Year: 0-12 ¿En qué año y mes comenzó a cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente por primera vez? Si no recuerda el año o mes exacto de cuándo comenzó a cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE] regularmente por primera vez, indique la edad del niño cuando comenzó a cuidar de él/ella.</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> or 2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3. NUNCA HE CUIDADO REGULARMENTE A ESE NIÑO</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> or 2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3. NUNCA HE CUIDADO REGULARMENTE A ESE NIÑO</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> or 2 <input type="checkbox"/> Edad del niño ↓ Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3. NUNCA HE CUIDADO REGULARMENTE A ESE NIÑO</p>
<p>B23_M. *BL1 ¿Por lo general se le paga por cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M</p>
<p>B24_M. *BL1 ¿Cuánto cobra a los padres de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] por cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?</p>	<p>\$ <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/></p>	<p>\$ <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/></p>	<p>\$ <input type="text"/> 1 <input type="checkbox"/> por hora 2 <input type="checkbox"/> por día 3 <input type="checkbox"/> por semana 4 <input type="checkbox"/> por mes 5 <input type="checkbox"/> otro <input type="text"/></p>
<p>B24B. *BL1 ¿Recibe usted un pago reducido del padre/la madre/el tutor porque también recibe pagos de otra persona, grupo o agencia pública o privada en nombre del niño?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M 3. DK/REF → SKIP TO B25_M</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M 3. DK/REF → SKIP TO B25_M</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO B25_M 3. DK/REF → SKIP TO B25_M</p>
<p>B24C_REVISIED. *BL1</p>	<p>1. HEAD START, INCLUYENDO EARLY</p>	<p>1. HEAD START, INCLUYENDO EARLY</p>	<p>1. HEAD START, INCLUYENDO EARLY</p>

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
<p>¿Qué persona, agencia o grupo le compensa el descuento o subsidio? SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN.</p> <p>INTERVIEWER: USE CATEGORIES TO PROBE AS NEEDED.</p>	<p>HEAD START</p> <p>2. GOBIERNO LOCAL (P. Ej., FINANCIAMIENTO DE LA JUNTA ESCOLAR LOCAL U OTRA AGENCIA LOCAL PARA PREESCOLAR, SUBSIDIOS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD O DEL CONDADO])</p> <p>7. GOBIERNO ESTATAL O PROGRAMAS DE SUBSIDIOS DE CUIDADO DE NIÑOS, COMO SER CCDF O [STATE CCDF NAME] O TANF (INCLUYENDO VALES/CERTIFICADOS, CONTRATOS ESTATALES)</p> <p>8. PROGRAMAS DE PREESCOLAR DEL GOBIERNO ESTATAL, COMO SER [STATE PRE K NAME]</p> <p>4. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (P. Ej., UNITED WAY, CARIDADES LOCALES U ORGANIZACIONES RELIGIOSAS, SIN INCLUIR LO QUE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE)</p> <p>5. OTROS TIPOS DE PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO, INCLUYENDO EL</p>	<p>HEAD START</p> <p>2. GOBIERNO LOCAL (P. Ej., FINANCIAMIENTO DE LA JUNTA ESCOLAR LOCAL U OTRA AGENCIA LOCAL PARA PREESCOLAR, SUBSIDIOS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD O DEL CONDADO])</p> <p>7. GOBIERNO ESTATAL O PROGRAMAS DE SUBSIDIOS DE CUIDADO DE NIÑOS, COMO SER CCDF O [STATE CCDF NAME] O TANF (INCLUYENDO VALES/CERTIFICADOS, CONTRATOS ESTATALES)</p> <p>8. PROGRAMAS DE PREESCOLAR DEL GOBIERNO ESTATAL, COMO SER [STATE PRE K NAME]</p> <p>4. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (P. Ej., UNITED WAY, CARIDADES LOCALES U ORGANIZACIONES RELIGIOSAS, SIN INCLUIR LO QUE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE)</p> <p>5. OTROS TIPOS DE PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO, INCLUYENDO EL</p>	<p>HEAD START</p> <p>2. GOBIERNO LOCAL (P. Ej., FINANCIAMIENTO DE LA JUNTA ESCOLAR LOCAL U OTRA AGENCIA LOCAL PARA PREESCOLAR, SUBSIDIOS DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD O DEL CONDADO])</p> <p>7. GOBIERNO ESTATAL O PROGRAMAS DE SUBSIDIOS DE CUIDADO DE NIÑOS, COMO SER CCDF O [STATE CCDF NAME] O TANF (INCLUYENDO VALES/CERTIFICADOS, CONTRATOS ESTATALES)</p> <p>8. PROGRAMAS DE PREESCOLAR DEL GOBIERNO ESTATAL, COMO SER [STATE PRE K NAME]</p> <p>4. ORGANIZACIONES COMUNITARIAS (P. Ej., UNITED WAY, CARIDADES LOCALES U ORGANIZACIONES RELIGIOSAS, SIN INCLUIR LO QUE HA MENCIONADO ANTERIORMENTE)</p> <p>5. OTROS TIPOS DE PROGRAMAS FINANCIADOS POR EL GOBIERNO, INCLUYENDO EL</p>

B2_M/B3_M. Iniciales	1.	2.	3.
	PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS Y ALIMENTOS PARA ADULTOS 6. OTRO FAMILIAR O INDIVIDUO	PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS Y ALIMENTOS PARA ADULTOS 6. OTRO FAMILIAR O INDIVIDUO	PROGRAMA DE CUIDADO DE NIÑOS Y ALIMENTOS PARA ADULTOS 6. OTRO FAMILIAR O INDIVIDUO
B25_M. *BL1 ¿Recibe (además) algo a cambio de cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]? Por ejemplo, ¿la familia de [CHILD INITIALS/CHILD AGE] le compra comestibles, proporciona su transporte, cuida de sus hijos o hace pequeñas tareas de reparación para usted a cambio de cuidar a [CHILD INITIALS/CHILD AGE]?	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO END OF LOOP B_L_1 BOX	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO END OF LOOP B_L_1 BOX	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No → SKIP TO END OF LOOP B_L_1 BOX
B26. *BL1 ¿Lo recibe regularmente o solo de vez en cuando?	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENTE 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENTE 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA	1 <input type="checkbox"/> REGULARMENTE 2 <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO 3 <input type="checkbox"/> NUNCA

End of B_L_1 Loop (*BL1):
REPEAT B2A_M/B3A_M - B26 FOR EACH CHILD UNTIL ALL CHILDREN HAVE BEEN ASKED ABOUT.

B28.

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

Range: 0-999

Skip Logic Box B_S_7:
IF B7_M = 1 FOR ALL CHILDREN, ASK B27

ELSE, SKIP TO C14

B27.

¿Estaría dispuesto/a a cuidar regularmente a un niño con quien no tuviera una relación personal previa?

- 1 Sí
- 2 No

SECTION C: Enrollment

C1D.

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

C1.

A continuación hay preguntas sobre los niños que usted cuida.

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

C1C.

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

- 1 Sí SKIP TO C4
- 2 No

C2_check.

Los números no cuadran, por favor intente corregir el número de niños que usted cuida en cada grupo de edad.

- 1. Sí, llévame a corregir. →RETURN TO C1A
- 2. No es posible corregir.

C2_tothere.

Por favor, ingrese el total de niños que usted cuida aquí.

Número de niños

C4. ¿Cuántos de los niños que usted cuida tienen un padecimiento físico que influye en la manera en que cuida de ellos?

Número de niños

Range: 0-999

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

Número de niños

Range: 0-999

C6.

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

Número de niños

Range: 0-999

-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño

C7_M

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

Categoría		Número de niños	
C7_Ma.	Blancos		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
C7_Mb.	Negros o afroamericanos		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
C7_Mc.	Asiáticos		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
C7_Md.	De raza mixta, de otra raza o no está seguro/a		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño

C8_M

¿A cuántos niños cuida generalmente ...

	Número
C8_Ma. 20 horas o menos cada semana?	
C8_Mb. de 21 a 39 horas a la semana?	
C8_Mc. 40 horas o más a la semana?	

C9.

¿Vive en la misma vivienda de alguno de los niños que cuida regularmente?

No incluya a los niños que están bajo su custodia.

Incluya a:

- Los nietos y nietas
- Los sobrinas y sobrinos
- Los niños que no guardan parentesco con usted y que no están bajo su custodia
- Los hijos suyos que no están bajo su custodia

1 Sí →

2 No → SKIP TO C10

C9a.

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

	Número de niños
--	-----------------

Range: 0-999

C10.

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

- 1 Sí →
- 2 No → SKIP TO C11_M

C10a_M

¿Cuántos de estos niños son sus..

Parentesco	Número de niños Rango 0-999
Nietos/as	
Sobrino/a	
Hijo de cónyuge/pareja/novio o novia	
Un hijo que no está bajo su custodia	
Primo/a	
Otro pariente por consanguinidad	
Otro parentesco _____	

C10a_M_oth.

¿Qué otra relación guardan con usted los niños? _____

Skip Logic Box C_S_1:
IF (C1a - SUM OF (C10a) < 3) ASK C10b
ELSE, GO TO C11.

C10b.

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

- 1 Sí → (SKIP TO C12)
- 2 No

C11_M.

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

- 1 Sí
- 2 No (SKIP TO C12)

C11a_M.

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

Número de niños

Range: 0-999

Skip Logic Box C_S_1a:

IF (C11a_M + SUM OF C10a_M) - C1a < 3, ASK C11b
ELSE SKIP TO C12

C11b.

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

- 1 Sí
- 2 No

C12.

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

- 1 Sí → (SKIP TO C12C)
- 2 No →

C12a.

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

Número de niños

Range: 0-999

-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño

Skip Logic Box C_S_2:

IF C12a=0, SKIP TO C12c
ELSE, ASK C_relall_nopay.

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

- 1 Sí
- 2 No

Skip Logic Box C_S_3:

IF C12a ≥ TOTAL FROM C1a, ASK C12b
ELSE GO TO C12c.

C12b.

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

- 1 Sí → (SKIP to C13)
- 2 No

C12c.

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

- 1 UNA TARIFA (ASK C12C_2_M WITH NO AGE-GROUP SPECIFIED)
- 2 TARIFAS DISTINTAS (ASK C12C1)
- 3 DK/REF → ASK C12C1

C12C1.

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

C12C1a. ¿Bebés de menos de 12 meses de edad?

- 1. Tiene una tarifa
- 2. No Hay tarifa disponible

C12C1b. ¿Niños de 2 años de edad?

- 1. Tiene una tarifa
- 2. No Hay tarifa disponible

C12C1c. ¿Niños de 4 años de edad?

- 1. Tiene una tarifa
- 2. No Hay tarifa disponible

C12C1d. ¿Niños de edad escolar?

- 1. Tiene una tarifa
- 2. No Hay tarifa disponible

Start of C_L_1 Loop (*CL1):

REPEAT C12C_2_M - C12C_8A FOR EACH AGE GROUP = 1 (HAVE A RATE IN C12C1)

C12C_2_M. *CL1

¿Cuánto les cobra actualmente a las familias por el cuidado de tiempo completo para [AGE GROUP FROM C12C1]? No incluya ningún subsidio o descuento. (Si no tiene una tarifa de cuidado a tiempo completo, dígame la tarifa para el número máximo de horas de cuidado que ofrece a la semana.)

\$ _____ per

C12C_3. *CL1

¿Es eso por

1 hora? → SKIP TO C_affordcare

2 ½ día? → SKIP TO C_affordcare

3 día completo? → SKIP TO C_affordcare

4 semana? → SKIP TO C_affordcare

5 mes? → SKIP TO C_affordcare

6 sesión o ciclo/semestre/trimestre?

7 año?

8 Otro (ESPECIFIQUE) _____ → SKIP TO C12C_8A

9 DK/REF/BLANK → SKIP TO END OF LOOP C_L_2

Skip Logic Box C_S_4:

IF HOURS HAVE ALREADY BEEN CAPTURED FOR REPORTED TIME UNIT FOR ANOTHER AGE GROUP SKIP TO END OF C_L_1 LOOP.

C12C_7A. *CL1

¿Cuántas semanas es eso?

SKIP TO END OF LOOP C_L_1 BOX.

C12C_8A. *CL1

¿A cuánto por semana equivale esa tarifa?

End of C_L_1 Loop (*CL1):

REPEAT C12C_2_M – C12C_8A FOR EACH AGE GROUP = 1 (HAVE A RATE IN C12C1)

C_affordcare.

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

C_affordcare_a. Tarifas graduales

1. Sí
2. No

C_affordcare_b. Becas

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

C_affordcare_d. Otro arreglo

1. Sí
2. No → (Skip to C_PARPAY)

C_affordcare_oth

¿De qué otra manera ayuda usted a las familias a poder pagar por el cuidado que ofrece?

VERBATIM TEXT: _____

1. Escala móvil de tarifas
2. Becas
3. Otros descuentos como por hermanos, hijos de miembros del personal o miembros de una organización o congregación afiliadas.
4. Otro arreglo.
5. DK/REF/No Answer

C_PARPAY

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

_____ Número de niños

-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño

C13.

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

Número de niños
RANGE: 0-999

IF C13 = DK/REF, ASK C13_1
ELSE, GO TO C13B_1_M

C13_1.

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

% de niños

Range: 0-100

C13B_1_M.

¿Cuántos de sus niños tienen un padre que necesite la ayuda de un intérprete o un niño para hablar con usted?

de niños

Rango:0-999

IF C13=0 OR C13_1 = 0, OR IF C13 AND C13_1 = -1 (DK/REF), THEN SKIP TO C_S_5
ELSE, ASK HB37 New1a

HB37 New 1a.

Para los niños a los que cuida que hablan un idioma que no sea inglés en el hogar, ¿hay un adulto presente (usted u otro adulto que lo ayude) que los cuide y enseñe en los idiomas del hogar de los niños?

1. Sí, hay un adulto aquí todo el tiempo.
2. Sí, hay un adulto que está aquí algunas veces.
3. No
4. NS/REF

IF HB37 New 1a = 1 OR 2, ASK C13E_M
ELSE, GO TO C_S_5.

C13E_M.

¿Qué porcentaje del tiempo habla en inglés cuando cuida a los niños?

% del tiempo.

Skip Logic Box C_S_5:

C14 = 2 (RELATIONSHIP-BASED) IF R CARES ONLY FOR CHILDREN WITH PRIOR RELATIONSHIPS ((B6_M=1 OR B7_M=1 FOR ALL CHILDREN OR (C10B OR C11B =1))
ELSE, C14 = 1 (NOT RELATIONSHIP-BASED).

Skip Logic Box C_S_6:

C17_CHK = 1 (PROXY FOR FAMILY CARE PROVIDER - FCC) IF ALL 5 OF THE FOLLOWING CONDITIONS APPLY:

(A) PROVIDER IS PAID (IF C12=1 OR C12a<(SUM OF B1 AND B1a)) (B) PROVIDER IS RELATIONSHIP-BASED (C14=2); (C) R TAKES CARE OF CHILDREN IN R'S HOME (A1C1_M=1); (D) R REGULARLY CARES FOR AT LEAST 4 CHILDREN (SUM OF (B1 and B1A) IS FOUR OR GREATER); AND (E) R CARES FOR AT LEAST 1 CHILD FOR 21 HOURS OR MORE EACH WEEK (C8_M = B >=1 or C8_M = C >=1).

ELSE, C17_CHK = 2 (NOT PROXY FOR FAMILY CARE PROVIDER - FCC)

Skip Logic Box C_S_7:

C18_CHK = 1 (LARGE PAID PROVIDER) IF (1) SUM OF B1 and B1a IS 4 OR GREATER AND (2) PROVIDER IS PAID (IF C12=1 OR C12a<(SUM OF B1 AND B1a))
 ELSE, C18_CHK = 2 (NOT LARGE PAID PROVIDER).

Skip Logic Box C_S_8:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK C_homeless_REVISED.
 ELSE, SKIP TO C_S_9.

C_homeless_REVISED.

En el último año, ¿su programa atendió a niños que estaban sin hogar, por ejemplo, que viven o vivían en un refugio o porque sus familias no tenían un lugar fijo para vivir? Por favor responda a su mejor entender.

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No Sabe

Skip Logic Box C_S_9:

IF SUM OF B1 and B1a IS 3 OR LESS SKIP TO C_S_11.
 IF C18_CHK = 1 (LARGE PAID PROVIDER) ASK HB41_NEW 3C15_M.
 ELSE, SKIP TO E_S_1.

C15_M

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

- 1 Sí
- 2 NO → (SKIP TO C_commorg)

C15A_M.

Por favor indique el número de niños que reciben financiamiento de cada una de estas agencias o programas del gobierno.

	Número de niños	
1. Prekindergarten estatal como [STATE PRE K NAME]		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
2. Head Start, incluido Early Head Start	_____ < 3 años _____ 3 a 5 años	-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
3. Gobierno local (p.ej. Financiamiento		-2. No sé el número exacto, pero al

preescolar de la junta escolar local o de otra agencia local, becas o "grants" del gobierno de la ciudad o del condado)		menos un niño
4. Programas de subsidio de cuidado de niños como CCDF o TANF, o [STATE PROGRAM NAME] (entre ellos vales/certificados, contratos estatales)	____ < 3 años ____ 3 a 5 años ____ edad escolar (Kindergarten y mayores)	-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
5. Título I		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño
7. Otros tipos de programas financiados por el gobierno		-2. No sé el número exacto, pero al menos un niño

C15b_M.

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

	SÍ	NO
1. establecen un contrato con usted para un número garantizado de niños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. le pagan por los vales o subsidios a niños elegibles específicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

C_commorg.

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

- 1 Sí
2 NO → SKIP TO C_S_10

C16a.

¿Por cuántos niños pagan organizaciones comunitarias?

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

Skip Logic Box C_S_10:

IF C15A_M RESPONSE OPTION 4 (CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS) FOR ANY AGE GROUP > 0 OR 'I DON'T KNOW BUT AT LEAST ONE', ASK C_subfees, ELSE
IF C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND B24C_REVISIED=7 FOR ANY CHILD (CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS), ASK C_subfees

ELSE, SKIP TO C_S_11.

C_subfees.

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

C_subfees_a. Pañales, fórmula láctea, refrigerios u otras tarifas de suministros.

- 1 Sí
- 2 No

C_subfees_b. Copagos (copays) por subsidios para el cuidado de niños

- 1 Sí
- 2 No

C_subfees_c. Costo de matrícula por días u horas no cubiertos por el pago de subsidio

- 1 Sí
- 2 No

C_subfees_d. Tarifas o pagos además de los copagos para compensar las bajas tasas de reembolso de los subsidios.

- 1 Sí
- 2 No

Skip Logic Box C_S_11:

IF (1) C18_CHK =1 (LARGE PAID PROVIDER) AND (2A) C15_M = 2 OR (2B) C15A_M RESPONSE OPTION 4 = 0 FOR ALL AGE GROUPS OR C15A_M RESPONSE OPTION 4 - DK/REF [NOTE: IF ANY AGE GROUP IS 'I DON'T KNOW BUT AT LEAST ONE' THIS CONDITION IS NOT SATISFIED' OR (2C) IF C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND B23_M = 1 FOR ANY CHILD (PAID) AND B24C_REVISIED≠7 (NO CHILD SUPPORTED BY CCDF/SUBSIDIES) FOR ANY CHILD, ASK C_subenroll ELSE, SKIP TO E_S_1.

C_subenroll.

Durante el año pasado, ¿ha tenido usted un niño cuyo cuidado fue financiado por un subsidio para el cuidado de niños, como [STATE PROGRAM NAME]?

- 1 Sí
- 2 No

Section E. Schedule

Skip Logic Box E_S_1:

IF SUM OF B1 AND B1A \geq 4, ASK E1_M
ELSE, SKIP TO E_S_2.

E1_M.

Proporcione las horas en que su programa estuvo abierto para niños el [lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo] pasado.

Si hubo más de un intervalo de tiempo en el que estuvo abierto el [lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo], enumere cada período de tiempo por separado.

(Por ejemplo, si está abierto para niños de 8:30 a. m. a 11:30 a. m. y luego nuevamente de 3:30 p. m. a 5:30 p. m., eso se enumeraría como dos horarios separados).

Si la semana pasada fue una semana de fiestas o vacaciones, ingrese la información de la última semana regular.

E1a.

	Hora inicial		Hora final	
Período 1	:	AM/PM	:	AM/PM
Período 2	:	AM/PM	:	AM/PM
Período 3	:	AM/PM	:	AM/PM

1. CERRADO ESE DÍA

E1A_1.

¿Sus horas de operación el lunes pasado fueron las mismas a las de algún otro día de la semana anterior?

- 1 MARTES
- 2 MIÉRCOLES
- 3 JUEVES
- 4 VIERNES
- 5 SÁBADO
- 6 DOMINGO
- 7 NO IDENTICAL DAYS

FOR DAYS NOT SELECTED ON E1A_1

E1_2.

Proporcione las horas en que su programa estuvo abierto para niños el [lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo] pasado.

Si hubo más de un intervalo de tiempo en el que estuvo abierto el [lunes/martes/miércoles/jueves/viernes/sábado/domingo], enumere cada período de tiempo por separado.

(Por ejemplo, si está abierto para niños de 8:30 a. m. a 11:30 a. m. y luego nuevamente de 3:30 p. m. a 5:30 p. m., eso se enumeraría como dos horarios separados).

Si la semana pasada fue una semana de fiestas o vacaciones, dé la información para la última semana regular.

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

1. CERRADO ESE DÍA

Skip Logic Box E_S_2:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK E2
ELSE, SKIP TO E10.

E2.

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

- 1 Sí
- 2 NO

E3_REVISSED.

¿Permite usted que los padres usen el cuidado en horarios que varían de una semana a otra?

- 1. Sí, según su conveniencia.
- 2. Sí, de un conjunto de opciones de horario.
- 3. Sí, si superan un número mínimo de horas.
- 4. No.
- 5. DK/REF

E3f.

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

- 1 Sí
- 2 No

E7.

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

Número de semanas → Range: 1-52

E7a.

¿Le pagan por:

E7a_a. los días en que está usted enfermo y es incapaz de cuidar a los niños?

- 1. Sí
- 2. No

E7a_b. días que usted esta de vacaciones o descansos de verano o festivos cuando t no cuida niños.

- 1. Sí
- 2. No

E10.

La última vez que usted se enfermó, ¿qué gestiones hizo para los niños que cuida regularmente?

(Seleccione todas las que correspondan)

- 1 Les dijo a los padres que no podía cuidar a los niños
- 2 Hizo que viniera otra persona para cuidar a los niños
- 3 Envío a los niños a otro lugar
- 4 Cuidó a los niños de todas maneras
- 5 Nunca se enferma → (SKIPTO H38_NEW_1)
- 6 Otra cosa: _____

E10a.

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

Mes___ Año _____

Range: 1-12 for Month and Year: 2005-2024

HB38_New_1.

¿Tiene usted un contrato formal por escrito con las familias cuyos niños cuida? Por contrato nos referimos a un acuerdo firmado en el que se especifican cosas como qué costos están incluidos en sus tarifas, sus políticas de pago para los días en que usted está ausente o cuando un niño está ausente, y un calendario de vacaciones o días festivos planificados cuando estará cerrado y no cuidará a los niños.

1. Sí, tenemos un contrato por escrito con todas las familias.
2. Sí, tenemos un contrato por escrito con algunas familias.
3. No, no tenemos un contrato por escrito con ninguna familia.
4. NS/NEG

E13_M.

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

	Sí	No
E13a. Evaluaciones de salud, como médicas, dentales, de la vista, auditivas o del habla?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13b_M_REVISED. Evaluaciones del desarrollo (para comprobar si el niño está bien encaminado con respecto a sus condiciones físicas, emocionales, sociales o su aprendizaje)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13c_M_REVISED Servicios como terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia u otros servicios para niños con necesidades especiales están disponibles para los niños?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13d. Servicios de asesoramiento psicológico para los niños o los padres?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
E13e. Servicios sociales a familias, como ayuda para conseguir vivienda, estampillas de alimentos, ayuda financiera o atención médica?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

E_onsiteserv.

¿Provee usted algún tipo de evaluaciones médicas, evaluaciones de desarrollo, servicios para niños con necesidades especiales o terapia en el hogar donde cuida a los niños?

- 1 Sí
- 2 No

C_foodinsec.

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

_____ Número de niños

-2. NO SÉ EL NÚMERO EXACTO, PERO AL MENOS UN NIÑO

SECTION F. ADMISSIONS/MARKETING

F1_M.

De enero a marzo del 2023, ¿a cuántos niños dejó de cuidar? Cuente a los niños cuyos padres dejaron de traer a los niños para que los cuidara y a los niños que usted no quiso cuidar más.

Range: 0-999

F2_M.

De enero a marzo de 2023, ¿a cuántos niños nuevos comenzó a cuidar?

Range: 0-999

F3.

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

- 1 Sí
2 No

F_earlypickup

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

- 1 Sí
2 No

Skip Logic Box F_S_1:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK F4
ELSE, SKIP TO F_S_3.

F4.

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

- 1 Sí
2 No

F9.

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

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

F_sp_adm.

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

- 1 Sí
- 2 No

F_QRIS1.

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

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé
- 4 No es elegible para recibir calificación

IF F_QRIS1 = 1, ASK F_QRIS1a_REVISED,
ELSE, SKIP TO F_S_3

F_QRIS1a_REVISED.

En los últimos dos años ¿cómo ha cambiado su calificación?

- 1. Mi calificación subió.
- 2. Mi calificación bajó.
- 3. Mi calificación se mantuvo igual.
- 4. No me han calificado nuevamente en los últimos dos años.

Skip Logic Box F_S_3:

IF ANY CHILDREN ARE REPORTED IN C15A_M OR C14=1 OR B24C_REVISED = 1 OR 2 OR 5 OR 7 OR 8 FOR ANY CHILD ASK F_INSP
ELSE, SKIP TO G1.

F_INSP

Durante los últimos 12 meses...

F_INSPa. ¿alguien visitó su programa para asegurarse de que estaba cumpliendo con los requisitos de salud y seguridad?

- 1 Sí
- 2 No

F_INSPb. ¿Ha visitado alguien su programa para monitorear la calidad de los servicios, que no sea el cumplimiento de los requisitos de salud y seguridad?

- 1 Sí
- 2 No

HB25.

A los proveedores de cuidado de niños frecuentemente se les exige cumplir los requisitos relacionados con la salud y seguridad de los niños. ¿Qué tan difícil le ha sido cumplir con estos requisitos (si corresponden)?

HB25b. Requisitos para las visitas de inspección y control del hogar

1. Muy difícil
2. Difícil
3. No muy difícil
4. No es nada difícil
5. No corresponde

HB25c. Requisitos de capacidad de niños, proporciones de niños y adultos, y tamaño de los grupos de niños.

1. Muy difícil
2. Difícil
3. No muy difícil
4. No es nada difícil
5. No corresponde

SECTION G. Care provided

G1.

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

- 1 Sí
 2 No →SKIP TO G_CAFP

G3.

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

Horas por semana

Range: 0-168

Las próximas preguntas tratan de actividades que usted podría planificar y realizar con los niños bajo su cuidado.

G_ACTIVITY.

Describe un día típico en que los niños estén bajo su cuidado. Sin incluir los recesos para almorzar o tomar una siesta, ¿**cuánto tiempo se pasa** en los siguientes tipos de actividades durante el día?

[INTERVIEWER INSTRUCTION: READ ITEM] ¿Diría que ningún tiempo, 30 minutos o menos, aproximadamente una hora, aproximadamente dos horas, o tres horas o más?

	1 Ningún tiempo	2 30 minutos o menos	3 Aproximadamente una hora	4 Aproximadament e dos horas	5 Tres horas o más	6 No sé/se negó
J. Actividades de aprendizaje realizadas con todo el grupo o con un grupo pequeño (con 2 o más niños)						
C. Actividades educativas con niños individuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Actividades seleccionadas/iniciadas por el niño (por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ejemplo, tiempo para que los niños exploren libremente)						
E. Cuidado de rutina (como cambio de pañales, alimentación y necesidades fisiológicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Actividades vigorosas o ejercicio bajo techo o al aire libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Cantar/hacer rimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Leer o compartir libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C_CACFP.

¿Participa usted en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por su sigla en inglés)?

1. Sí
2. No
3. No soy elegible
4. No he oído hablar del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

G_SCREEN.

En la mayoría de los días, mientras los niños están bajo su cuidado, ¿cuánto tiempo pasan haciendo algo con un aparato con pantalla, por ejemplo viendo la televisión o una película, o utilizando un juego en una computadora o tableta?

- 1 1½ horas o más
- 2 De 30 minutos a 1½ horas
- 3 Menos de 30 minutos
- 4 Los niños no utilizan pantallas cuando están bajo su cuidado

Skip Logic Box G_S_2:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK G3A
ELSE, SKIP TO G5.

G3A.

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

- 1 Sí →
- 2 No → SKIP TO G4

G3B_M.

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

- 1. Programa de estudios Creative Curriculum for Infants, Toddlers, and Twos
- 2. Programa de estudios High/Scope for Infants and Toddlers
- 3. Programa de estudios para bebés y niños pequeños Program for Infant/Toddler Care (PITC)
- 4. Programa de estudios Creative Curriculum for Preschool
- 5. Programa de estudios High/Scope for Preschoolers
- 6. Programa de estudios Opening the World of Learning (OWL)
- 7. Un método como Montessori o Project Approach
- 8. Un programa de estudios que yo mismo/misma preparé (SKIP TO G4)
- 10. Programa de estudios Alpha Skills
- 11. Programa de estudios Abeka
- 12. Programa de estudios Creative Curriculum for Family Child Care (nacimiento a los 12 años)
- 13. Programa de estudios Lakeshore Learning's Family Child Care Curriculum (nacimiento a edad preescolar)
- 14. Programa de estudios High Reach Curriculum Package for Family Child Care
- 15. Programa de estudios High Scope Family Child Care Curriculum (nacimiento a los 12 años)
- 16. Programa de estudios Gee Whiz Digital Curriculum for Family Care Providers
- 17. Programa de estudios Teaching Strategies – Family Child Care (3, 4, 5 años de edad)
- 18. Programa de estudios Project Early Kindergarten for Family Child Care
- 19. Programa de estudios Funshine Express
- 9. Otro programa de estudios (Sírvase especificar: _____)
- 20. DK/REF/NO ANSWER

G_CURRTRAIN.

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

- 1 Sí
- 2 No

G4.

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

- 1 Sí, patrocinado por una organización
- 2 Sí, es miembro de una red de proveedores

3 Ninguno

H39.

En los últimos 12 meses, ¿ha conseguido cualquier tipo de ayuda con los requisitos de salud y seguridad de una organización externa (por ejemplo, una red de cuidado de niños en casa de familia, una agencia local de recursos y referencias para el cuidado de niños, o de una organización comunitaria)?

- 1 Sí
- 2 Ofrecido por la organización pero no he accedido
- 3 No
- 4 DK/REF

G5.

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

- 1 Sí → SKIP TO G_S_3
- 2 Sí, pero no regularmente → SKIP TO G_S_3
- 3 No

G5a.

¿Conoce lugares donde podría reunirse con otras personas que cuidan niños o para aprender acerca de cómo ayudar a los niños a crecer y aprender?

- 1 Sí
- 2 No

Skip Logic Box G_S_3:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK G5d
ELSE, SKIP TO G7.

G5d.

¿Tiene una relación formal o informal con otros programas o escuelas a fin de compartir acceso a recursos o desarrollo profesional para el cuidado de niños menores de 13 años?

- 1 Sí
- 2 No

G6_M_revised.

Entendemos que cuidar a los niños en su hogar o en el suyo puede tomar tiempo fuera de las horas que pasa con los niños, para planificar su programa, comprar suministros, llevar registros, etc.

Por favor calcule cuantas horas por mes gasta en actividades de planificación y preparación fuera de las horas que pasa con los niños (por ejemplo, limpieza, compras, desarrollo profesional, planificar las actividades de los niños, comunicarse con los padres, tareas administrativas y mantenimiento de registros).

Horas por mes:

Rango: 0-730

H_TIMECARE.

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

_____ Horas la semana pasada

HB20_New_1.

¿Utiliza usted un contador o tenedor de libros que le brinda servicios financieros como preparación de impuestos, contabilidad, gestión de nómina o elaboración de presupuestos?

1. Sí
2. No
3. NS/REF

Hb20_New_3.

En el último año, hubo por lo menos una familia con más de un mes de atraso en el pago de matrícula/cuotas?

1. Sí
2. NO

G6a.

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

_____ Cantidad de habitaciones

G6b.

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

_____ Cantidad de habitaciones

HB21_New_2.

¿Qué suele hacer si tiene que ausentarse de repente mientras está a cargo de los niños?

1. Tiene un sustituto disponible.
2. Un miembro adulto de la familia lo ayuda.
3. Un miembro de la familia que no es adulto lo ayuda.
4. Envía a los niños a casa.
5. Se los lleva con usted.
6. Esto nunca ha pasado.

HB21_New_4.

¿Puede tomar descansos diarios para comer o descansar durante las horas en las que cuida a los niños?

1. Sí
2. NO

HB29_New1.

¿Aproximadamente cuántas veces en el último mes ha llevado a los niños bajo su cuidado a salir a caminar o jugar en el patio, un parque o un patio de recreo?

1. Una vez al día o más.
2. Pocas veces a la semana.
3. Pocas veces al mes.
4. Poco frecuentemente o nunca.

HB29_New_2.

En el último mes, ¿cuántas veces usted y el grupo de niños que cuida visitaron la biblioteca?

_____ Ingrese el número de veces

G7.

Las personas tienen diferentes razones para cuidar a los hijos de otras personas.

G7a_M

¿Cuál es el motivo principal por el cual usted cuida a niños?

INTERVIEWER: RECORD VERBATIM AND CODE

- 1 Es mi vocación o carrera principal
- 2 Es un paso hacia una carrera relacionada
- 3 Para ganar dinero
- 4 Para tener un empleo que le permite trabajar desde la casa
- 5 Para ayudar a los niños
- 6 Para ayudar a los padres de los niños
- 9 Para trabajar y cuidar a mis hijos a la misma vez
- 7 Otro motivo (Especificar: _____)

G7b_M.

¿Cuál considera que es su responsabilidad principal cuando cuida de los niños?

INTERVIEWER: RECORD VERBATIM AND CODE

- 1 Promover el desarrollo de los niños
- 2 Mantenerlos seguros y evitar que se metan en problemas
- 3 Brindarles amor y cariño
- 4 Enseñarles valores
- 5 Ayudarles a aprender para que se desempeñen bien en la escuela
- 8 PROVEER NECESIDADES BÁSICAS A LOS NIÑOS COMO COMIDAS Y TRANSPORTE
- 9 APOYAR EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS
6. OTRO (ESPECIFIQUE: _____)
7. DK/REF/NO ANSWER

Skip Logic Box G_S_4:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC) OR RECEIVE GOVERNMENT FUNDING (CHILD REPORTED IN C15a_M or B24C_REVISED = 1 or 2- or 5 or 7 or 8 FOR ANY CHILD, ASK G7C ELSE, SKIP TO G15 Intro

G7c.

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

- 1 Sí
2 No

G12.

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

- 1 Sí
2 No

G_HEALTHCON.

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

- 1 Sí
2 No

G15 intro.

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

G15a.

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

- 1 Sí
- 2 No

G15b.

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

- 1 Sí
- 2 No

G15C.

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

- 1 Sí
- 2 No

G15D.

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

- 1 Sí
- 2 No → SKIP TO G_S_8

G15D1.

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

Skip Logic Box G_S_5:

IF G15C = 1, ASK G_SKILLOBS
ELSE, SKIP TO G_HS

G_SKILLOBS

¿Tomó usted un curso universitario en los últimos 12 meses, en donde se le pidió que demostrara habilidades relacionadas con el trabajo con niños, mientras se lo observaba?

- 1 Sí
- 2 No

G_HS.

En los últimos 12 meses, ¿ha participado en una capacitación sobre salud o seguridad? Por favor incluya cualquier capacitación en salud y seguridad, incluidas las capacitaciones en línea o en persona.

- 1 Sí
- 2 No → SKIP TO G_S_6

G_HSONLINE_REVISED.

¿Sus capacitaciones de salud y seguridad se hicieron...?

1. completamente en línea.
2. completamente presencial.
3. una mezcla de en línea y presencial.

Skip Logic Box G_S_6:

IF ANY ITEM FROM G15A - G15D = 1, ASK G_CULTTRAIN
ELSE, GO TO G_S_7

G_CULTTRAIN

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

- 1 Sí
- 2 No

G_PDASST.

En los últimos 12 meses, ¿recibió asistencia con los costos de actividades hechas a fin de mejorar sus habilidades para cuidar a niños pequeños, por ejemplo, de una agencia local o estatal, una facultad o universidad, u otra organización?

G_PDASST_1. Específicamente, ¿recibió asistencia con costos directos como cuotas de matrícula o inscripción

- 1 Sí
- 2 No

Skip Logic Box G_S_7:

IF (1) C18_CHK =1 (LARGE PAID PROVIDER) OR (2) C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND (2) B23_M = 1
FOR ANY CHILD (PAID) ASK G_PDPLAN,
ELSE SKIP TO G_CESD7

G_PDPLAN.

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

- 1 Sí
- 2 No

HB12_New_4.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna dificultad tratando de obtener capacitación o educarse para avanzar en su trabajo en el cuidado y la educación temprana?

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No traté de obtener capacitación o educación. →SKIP TO G_CESD7

HB12_New_5.

Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre su capacidad para participar en capacitación y desarrollo profesional para avanzar en su trabajo en el cuidado y la educación temprana (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo):

- a. Hay opciones costeables de desarrollo profesional y capacitación para que yo elija.
 - 1. MUY DE ACUERDO
 - 2. DE ACUERDO
 - 3. EN DESACUERDO
 - 4. MUY EN DESACUERDO
- b. Hay oportunidades de capacitación y desarrollo profesional que se llevan a cabo en horarios y en lugares en línea o presenciales que son convenientes para mí.
 - 1. MUY DE ACUERDO
 - 2. DE ACUERDO
 - 3. EN DESACUERDO
 - 4. MUY EN DESACUERDO

G_CESD7.

A continuación hay una lista de las maneras que puede haberse sentido o comportado. Para cada pregunta, marque el encasillado correspondiente para responder con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la última semana.

	1.Rara vez o nunca (menos de 1 día)	2.Algunas o pocas veces (1 a 2 días)	3.Ocasionalmente o con frecuencia moderada (3 a 4 días)	4.Todo el tiempo (5 a 7 días)
1. No quise comer; tuve poco apetito.				
2. Tuve problemas para concentrarme en lo que hacía.				
3. Me sentí deprimido/a.				
4. Sentí que todo lo que hice exigió un esfuerzo.				

7. Dormí intranquilamente.				
8. Me sentí triste.				
10. No pude "motivarme."				

Indique con que frecuencia las siguientes afirmaciones reflejan su experiencia:

HB40_1.

Me sentí agotado/a debido a mi trabajo.

1. Nunca.
2. Algunas veces al año o menos.
3. Una vez al mes o menos.
4. Algunas veces al mes.
5. Una vez por semana.
6. Algunas veces a la semana.
7. Todos los días.

HB40_2.

Me he vuelto más insensible hacia la gente desde que acepté este trabajo.

1. Nunca.
2. Algunas veces al año o menos.
3. Una vez al mes o menos.
4. Algunas veces al mes.
5. Una vez por semana.
6. Algunas veces a la semana.
7. Todos los días.

Las siguientes preguntas son sobre sus creencias acerca de la educación y provisión de cuidado.

G_HAMRE3.

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

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

G_HAMRE4.

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

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

HB24_NEW_1.

En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia se reunió o habló con los padres sobre:

a. el aprendizaje o progreso de los hitos del desarrollo de su hijo?

1. Nunca
2. Poco frecuentemente
3. A veces
4. Siempre

b. los problemas que tiene su hijo mientras está bajo su cuidado?

1. Nunca
2. Poco frecuentemente
3. A veces
4. Siempre

HB24_NEW_3.

Pensando en las familias que atiende, ¿sobre cuántos niños sabe lo que hacen las familias para fomentar el aprendizaje de sus hijos.

1. Ninguno
2. Algunos
3. La mayoría
4. Todos

ABOUT THE CHILD CARE SUBSIDY PROGRAM:

IF (1) C15A_M RESPONSE OPTION 4 (CHILD CARE SUBSIDY PROGRAMS) FOR ANY AGE GROUP > 0 OR C15A_M= -2 (DON'T KNOW BUT AT LEAST 1) FOR ANY AGE GROUP, OR (2) B24C_REVISIED=7 FOR ANY CHILD OR (3) SUB_ENROLL=1, SKIP TO SUB_EXP,
ELSE
IF (1) C18_CHK =1 (LARGE PAID PROVIDER) OR (2) C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND (2) B23_M = 1 FOR ANY CHILD (PAID), ASK HB23_New_2
ELSE
SKIP TO SECTION H

HB23_NEW_2.

Está familiarizado con el programa de subsidio de cuidado de niños, tal como [STATE PROGRAM NAME]?

- 1. Sí
- 2. NO → SKIP TO SECTION H

SUB_EXP

Muchos proveedores tienen percepciones o experiencias del sistema de subsidios de cuidado de niños, ya sea que estén o no atendiendo actualmente a niños sustentados por subsidios de cuidado de niños.

Díganos qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones según lo que sabe o lo que ha experimentado:

	1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Muy en desacuerdo
a. Cuidar a los niños subvencionados por subsidios es una forma de mantener la entrada constante de pagos.				
b. Trabajar con el programa de subsidios de cuidado de niños es una molestia administrativa.				
c. La razón principal por la que cuido o cuidaría a niños subvencionados por subsidios es ayudar a familias de bajos ingresos.				
d. Los niños subvencionados tienen más problemas de conducta que otros niños.				

SECTION H. HELP WITH CHILD CARE

H1_M

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

- 1 Sí →
2 No → (SKIP TO SECTION I)

H2M.

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

__ cantidad de personas que ayudaron

IF H2_M > 0 START H_L_1 Loop
IF (1) C18_CHK =1 (LARGE PAID PROVIDER) OR (2) C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND (2) B23_M = 1
FOR ANY CHILD (PAID) OR (3) IF ANY CHILDREN ARE REPORTED IN C15A_M OR B24C_REVISED = 1 OR 2 OR 5
OR 7 OR 8 FOR ANY CHILD, SKIP TO HB19 NEW 1,
ELSE, SKIP TO SECTION I

Start of H_L_1 Loop (*HL1):

REPEAT H_HELPNAME - H_HELPTRAIN FOR EACH PERSON REPORTED IN H2_M.

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

					estudios universitarios pero sin titulo 3. Titulo universitario de 2 años 4. Titulo universitario de 4 años o más				
Iniciales 2:	_____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 3:	_____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 4:	_____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Yes 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 5:	_____ Horas trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/semana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

Iniciales 6:	_____ Ho ras trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/se mana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 7:	_____ Ho ras trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/se mana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 8:	_____ Ho ras trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/se mana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 9:	_____ Ho ras trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/se mana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Iniciales 10:	_____ Ho ras trabajadas	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	\$_____ por [hora/día/se mana/mes]	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	[select categories]	_____ Edad	_____ Años de experiencia	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

End of H_L_1 Loop (*HL1):
REPEAT H_HELPNAME - H_HELPTRAIN FOR EACH PERSON REPORTED IN H2_M.

IF (1) C18_CHK =1 (LARGE PAID PROVIDER) OR (2) C14=1 (NON-RELATIONSHIP BASED) AND (2) B23_M = 1 FOR ANY CHILD (PAID) OR (3) IF ANY CHILDREN ARE REPORTED IN C15A_M OR B24C_REVISED = 1 OR 2 OR 5 OR 7 OR 8 FOR ANY CHILD, ASK HB19 NEW 1, ELSE, SKIP TO SECTION I

HB19_New_1.

En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de contratar a una nueva persona para que lo/la ayude a cuidar a los niños?

1. Sí, y contraté a alguien.
2. Sí, pero no contraté a nadie.
3. No

Section I. Household Characteristics

Las siguientes preguntas son sobre su familia y las otras personas que viven en su hogar.

I_HHM.

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

- Menor de 6 años _____
- De 6 a 12 años _____
- De 13 a 17 años _____
- 18 años o mayor _____

IF I_HHM >=1 FOR CATEGORY 'AGE 18 OR OLDER', ASK I_BKGD_REQ
ELSE, SKIP TO I_S_1

I_BKGD_REQ.

¿Se le pidió que completara una verificación de antecedentes o “background checks” de los miembros de la familia y otras personas que viven en el hogar, incluso si no ayudan a cuidar a los niños?

1. SÍ
2. NO → SKIP TO SKIP LOGIC BOX I_S_1
3. NS/NEG → SKIP TO SKIP LOGIC BOX I_S_1

I_BKGD_D.

¿Qué tan difícil le resultó conseguir verificaciones de antecedentes requeridas para los miembros de la familia y otras personas que viven en el hogar?

1. Muy difícil
2. Difícil
3. No muy difícil
4. No fue nada difícil
5. No corresponde

SKIP LOGIC BOX I_S_1

IF I_HHM >= 1 FOR CATEGORY 'UNDER AGE 6', ASK I_OUTCARE
ELSE, SKIP TO SKIP LOGIC BOX I_S_1_a.

I_OUTCARE.

¿Recibe/n regularmente [el niño/todos los niños] menor/menores de 6 años de edad cuidado de una persona ajena a su hogar, por ejemplo, en una instalación preescolar o de un vecino? Con regularmente, queremos decir al menos 5 horas cada semana.

- 1 Sí
- 2 No

I_HHCC.

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

_____ Cantidad de horas

SKIP LOGIC BOX I_S_1_a

IF I_HHM >= 1 FOR CATEGORY 'UNDER AGE 6' or 'AGES 6 THROUGH 12', ASK HB_CC_ASST
ELSE, SKIP TO J1

HB_CC_ASST.

¿Algún programa del gobierno le ayuda a pagar el cuidado de sus hijos menores de 13 años? Estos programas del gobierno pueden incluir: un programa estatal de subsidios para el cuidado de niños, el programa Head Start, un distrito escolar público local o el programa público de preescolar de su estado.

1. SÍ
2. NO

SECTION J. PROVIDER CHARACTERISTICS

J1.

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

Rango: 1911-2064

J2.

¿En qué país nació? Por favor seleccione uno.

Lista de países:

Seleccione:

- | | | |
|-----------------------------|--|--|
| 2. Afganistán | 35. Territorio Británico del Océano Índico | 69. República Dominicana |
| 3. Acrotiri | 36. Islas Vírgenes Británicas | 70. Ecuador |
| 4. Albania | 37. Brunéi | 71. Egipto |
| 5. Argelia | 38. Bulgaria | 72. El Salvador |
| 6. Samoa Americana | 39. Burkina Faso | 73. Guinea Ecuatorial |
| 7. Andorra | 40. Birmania | 74. Eritrea |
| 8. Angola | 41. Burundi | 75. Estonia |
| 9. Anguila | 42. Camboya | 76. Etiopía |
| 10. Antártida | 43. Camerún | 77. Isla Europa |
| 11. Antigua y Barbuda | 44. Canadá | 78. Islas Malvinas |
| 12. Argentina | 45. Cabo Verde | 79. Islas Feroe |
| 13. Armenia | 46. Islas Caimán | 80. Fiyi |
| 14. Aruba | 47. República Centroafricana | 81. Finlandia |
| 15. Islas Ashmore y Cartier | 48. Chad | 82. Francia |
| 16. Australia | 49. Chile | 83. Guayana Francesa |
| 17. Austria | 50. China | 84. Polinesia Francesa |
| 18. Azerbaiyán | 51. Isla de Navidad | 85. Tierras Australes y Antárticas Francesas |
| 19. Bahamas | 52. Isla Clipperton | 86. Gabón |
| 20. Bahrain | 53. Islas Cocos (Keeling) | 87. Gambia |
| 21. Bangladesh | 54. Colombia | 88. Franja de Gaza |
| 22. Barbados | 55. Comoras | 89. Georgia |
| 23. Bassas da India | 56. Congo | 90. Alemania |
| 24. Bielorrusia | 57. Islas Cook | 91. Ghana |
| 25. Bélgica | 58. Islas del Mar del Coral | 92. Gibraltar |
| 26. Belice | 59. Costa Rica | 93. Islas Gloriosas |
| 27. Benín | 60. Costa de Marfil | 94. Grecia |
| 28. Bermuda | 61. Croacia | 95. Groenlandia |
| 29. Bután | 62. Cuba | 96. Granada |
| 30. Bolivia | 63. Chipre | 97. Guadalupe |
| 31. Bosnia y Herzegovina | 64. República Checa | 98. Guam |
| 32. Botsuana | 65. Dinamarca | 99. Guatemala |
| 33. Isla Bouvet | 66. Dhekelia | 100. Guernsey |
| 34. Brasil | 67. Yibuti | 101. Guinea |
| | 68. Dominica | 102. Guinea-Bisáu |

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 103. Guayana | 151. Mauritania | 199. San Vicente y las Granadinas |
| 104. Haití | 152. Mauricio | 200. Samoa |
| 105. Islas Heard y McDonald | 153. Mayotee | 201. San Marino |
| 106. Santa Sede (Ciudad del Vaticano) | 154. México | 202. Santo Tomé y Príncipe |
| 107. Honduras | 155. Micronesia, Estados Federados de | 203. Arabia Saudita |
| 108. Hong Kong | 156. Moldavia | 204. Senegal |
| 109. Hungría | 157. Mónaco | 205. Serbia y Montenegro |
| 110. Islandia | 158. Mongolia | 206. Seychelles |
| 111. India | 159. Montserrat | 207. Sierra Leona |
| 112. Indonesia | 160. Marruecos | 208. Singapur |
| 113. Irán | 161. Mozambique | 209. Eslovaquia |
| 114. Irak | 162. Namibia | 210. Eslovenia |
| 115. Irlanda | 163. Nauru | 211. Islas Salomón |
| 116. Isla de Man | 164. Isla de Navaza | 212. Somalia |
| 117. Israel | 165. Nepal | 213. Sudáfrica |
| 118. Italia | 166. Países Bajos | 214. Islas Georgia del Sur y Sándwich del Sur |
| 119. Jamaica | 167. Antillas Neerlandesas | 215. España |
| 120. Jan Mayen | 168. Nueva Caledonia | 216. Islas Spratly |
| 121. Japón | 169. Nueva Zelanda | 217. Sri Lanka |
| 122. Jersey | 170. Nicaragua | 218. Sudán |
| 123. Jordania | 171. Níger | 219. Surinam |
| 124. Isla Juan de Nova | 172. Nigeria | 220. Svalbard |
| 125. Kazajistán | 173. Niue | 221. Suazilandia |
| 126. Kenia | 174. Isla Norfolk | 222. Suecia |
| 127. Kiribati | 175. Islas Mariana del Norte | 223. Suiza |
| 128. Corea del Norte | 176. Noruega | 224. Siria |
| 129. Corea del Sur | 177. Omán | 225. Taiwán |
| 130. Kuwait | 178. Pakistán | 226. Tayikistán |
| 131. Kirguistán | 179. Palau | 227. Tanzania |
| 132. Laos | 180. Panamá | 228. Tailandia |
| 133. Latvia | 181. Papúa Nueva Guinea | 229. Timor Oriental |
| 134. Líbano | 182. Islas Paracelso | 230. Togo |
| 135. Lesoto | 183. Paraguay | 231. Tokelau |
| 136. Liberia | 184. Perú | 232. Tonga |
| 137. Libia | 185. Filipinas | 233. Trinidad y Tobago |
| 138. Liechtenstein | 186. Islas Pitcairn | 234. Isla Tromelin |
| 139. Lituania | 187. Polonia | 235. Túnez |
| 140. Luxemburgo | 188. Portugal | 236. Turquía |
| 141. Macau | 189. Puerto Rico | 237. Turkmenistán |
| 142. Macedonia | 190. Qatar | 238. Islas Turcas y Caicos |
| 143. Madagascar | 191. Reunión | 239. Tuvalu |
| 144. Malauí | 192. Rumania | 240. Uganda |
| 145. Malasia | 193. Rusia | 241. Ucrania |
| 146. Maldivas | 194. Ruanda | 242. Emiratos Árabes Unidos |
| 147. Malí | 195. Santa Elena | 243. Reino Unido |
| 148. Malta | 196. San Cristóbal y Nieves | 244. Estados Unidos |
| 149. Islas Marshall | 197. Santa Lucía | 245. Uruguay |
| 150. Martinica | 198. San Pedro y Miquelón | |

246. Uzbekistán
247. Vanuatu
248. Venezuela
249. Vietnam
250. Islas Vírgenes

251. Isla Wake
252. Wallis y Futuna
253. Cisjordania
254. Sahara Occidental
255. Yemen

256. Zambia
257. Zimbabue
258. NO SABE/REHUSÓ/SIN
RESPUESTA

IF J2 ≠ UNITED STATES, ASK J2A
ELSE, SKIP TO J_GI

J2a. (IF BORN OUTSIDE OF THE U.S.) ¿En qué año se trasladó a Estados Unidos para permanecer?

Range: 1911-2024

J_GI.

Puede seleccionar más de una respuesta. ¿Es usted:

1. Masculino?
2. Femenino?
3. Transgénero, no binario, u otro género?

J3. ¿Cuál es su estado civil actual?

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

J4. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de estudios que cursó en su totalidad?

INTERVIEWER INSTRUCTIONS: (READ IF NECESSARY)

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

IF J4 = 3 -7, ASK J5_M
ELSE, SKIP TO J_S_2

J5_M

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

- 1 Sí
- 2 No

Skip Logic Box J_S_1:

IF J4 = 3 AND J5_M=2, SKIP TO J_S_2
ELSE, ASK J5A_M.

J5a_M

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

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

J_LOANS.

¿Actualmente tiene una deuda de préstamo estudiantil o debe algún dinero que usó para pagar su educación? Incluya todos los préstamos que haya firmado conjuntamente y se hayan usado para pagar su educación después de la escuela secundaria (incluidos los préstamos estudiantiles, los préstamos con garantía hipotecaria o las tarjetas de crédito pagadas con el tiempo).

- 1. SÍ
- 2. NO → SKIP TO J_S_2
- 3. NS/NEG → SKIP TO J_S_2

J_LOAN_AMT.

Pensando específicamente en el dinero que debe por su educación, díganos el monto total que debe actualmente en estos préstamos. Intente dar una respuesta aproximada.

- 1. Menos de \$10.000
- 2. \$10.000 - \$19.999
- 3. \$20.000 - \$29.999
- 4. \$30.000 - \$49.999
- 5. \$50.000 o más

Skip Logic Box J_S_2:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK J_CDA
ELSE, SKIP TO J12

J_CDA.

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

- 1 Sí
- 2 No

J_CERT.

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

- 1 Sí
- 2 No

J9.

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

- 1 Sí
- 2 No

J10.

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

- 1 Sí
- 2 No

J12.

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

Años y Meses

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

J13_M

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

Cantidad de años

Range 0-99

HB12-NEW2.

Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con lo siguiente: Pensando en el futuro dentro de tres años, es muy probable que esté trabajando en cuidado y educación temprana o cuidando niños.

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

Skip Logic Box J_S_3:

IF C14=1 (NOT RELATIONSHIP-BASED) OR C17_CHK=1 (PROXY FOR FCC), ASK J13A1
ELSE, SKIP TO J12C

J13a1.

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

- 1 Sí
- 2 No (SKIP TO J12b)

J12a.

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

Años y Meses

Range: 0-99 for year and 0-11 for month

J12b.

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

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. Sí
- 2. No

d. cuidado de niños con licencia o regulado, inclusive el cuidado exento de licencia

- 1. Sí
- 2. No

SKIP TO J14

J12c.

En los últimos diez años, ¿alguna vez ha brindado cuidado con paga a familias con las que no tenía una relación anterior por al menos cinco horas semanales?

- 1. Sí
- 2. No

J14.

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

- 1 Sí
- 2 No → (SKIP TO J17)

J15.

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

Trabajo/Deberes usuales _____

J15A_M

Por lo general, ¿cuántas horas, más o menos, trabaja usualmente cada semana en ese empleo?

_____ Horas trabajadas

Range: 0-168

J15A_1.

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

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

J15B.

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

\$ _____

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

J15C.

¿Cuánto tiempo ha tenido ese trabajo?

Años y Meses

Range: 0-99 for year and 0-11 for month

SKIP TO J19

J17.

¿Ha trabajado alguna vez en otro trabajo por pago que no sea cuidando niños en su propio hogar o en el de ellos?

- 1 Sí
- 2 No → SKIP TO J19

J18.

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

J18a.

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

Mes Año

Range: 0-99 for year and 0-11 for month

IF J18a IS CALCULATED TO BE < 5 YEARS AGO FROM DATE OF INTERVIEW, ASK J18b
ELSE, SKIP TO J19

J18b. ¿Cuántas horas más o menos trabajaba regularmente en ese trabajo cada semana cuando dejó de trabajar allí?

Range: 0-168

J18c. Cuánto se le pagaba en ese trabajo?

\$, .

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

J19_M

¿Cuál es su grupo étnico?

- 1 Hispano o latino
- 2 No hispano o latino

J20_M.

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

- 5 Indígena/o de las Américas o nativa/o de Alaska
- 3 Asiática/o
- 2 Negra/o o afroamericana/o
- 4 Nativa/o de Hawái o de otra isla del Pacífico
- 1 Blanca/o

J21a_M.

¿Habla otro idioma que no sea inglés?

- 1 Sí
- 2 No

J21c_M

¿Qué tipo de seguro médico o cobertura médica tiene para usted? Seleccione todas las que correspondan.

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

J22.

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

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

J_POORHLTH.

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

_____ Días

HB13

HB13a. ¿Usted o algún miembro de este hogar recibe beneficios del Programa de Cupones para Alimentos o SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? NO incluya WIC, el Programa de Almuerzos Escolares o la asistencia de los bancos de alimentos.

- 1. SÍ
- 2. NO

IF I_HHM_UNDER6 > 0, ASK HB13b
ELSE SKIP TO HB41_1

HB13b. ¿Usted o algún miembro de este hogar participa en el programa WIC, es decir, el programa de nutrición suplementaria para mujeres, bebés y niños?

- 1. SÍ
- 2. NO

HB41_1.

Suponga que tiene un gasto de emergencia que cuesta \$400. ¿Podría pagar este gasto en este momento usando efectivo o dinero en una cuenta corriente/de ahorros, o con una tarjeta de crédito que podría pagar en el próximo estado de cuenta?

1. SÍ
2. NO

J_OWNHOME.

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

- 1 Sí
- 2 No

J23_M

Aproximadamente [cuál fue el ingreso total de su hogar]/[cuáles serán los ingresos totales de su hogar] en 2023? Incluya sus ingresos por el cuidado de los niños y los sueldos y salarios ganados por usted u otros adultos en su hogar. Incluya también asistencia del gobierno, obsequios u otros ingresos que haya tenido.

Dólares →

Range: 0-9999999

IF DK/REF, ASK J23b_M.

J23a.

¿Eso (fue/es) antes o después de impuestos y deducciones?

- 1 antes de impuestos o deducciones
- 2 después de impuestos o deducciones

J23b_M

Tenga la seguridad de que sus respuestas a esta y todas las demás preguntas de esta encuesta no se revelarán a ninguna persona o agencia, excepto en forma de resumen para todos los participantes del estudio combinados. La información que solicitamos ayudará a documentar los costos y beneficios del cuidado y la educación temprana en el hogar para las familias y los proveedores. ¿Diría que el ingreso total de su hogar en 2023 antes de impuestos o deducciones (fue/será)...

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

J24_M

¿ Aproximadamente, ¿cuánto de su ingreso familiar en 2023 (fue/ha sido) de su trabajo cuidando niños?

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

SECTION K. OPERATIONS

Skip Logic Box K_S_1:

IF PROVIDER J24_M=None (NOT PAID FOR CARE IN 2023) (J24_M =NONE), SKIP TO END.
ELSE, GO TO K4_M.

K4_M

En total, ¿cuánto (gastó/gastará) para cuidar a los niños durante 2023, por ejemplo, en alimentos, equipos, suministros o pagos por otros servicios? No incluya los salarios que pagó a los asistentes que lo ayudaron a cuidar a los niños. Intente dar una respuesta aproximada.

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

K5_M

La siguiente es una lista de los tipos de ingresos que pueden recibir las personas que cuidan niños. Por favor indique cuánto (recibió/recibirá) en 2023, en su caso, de cada una de las siguientes categorías para el cuidado de niños.

Type of Income	Dollars	
a. Pagos <i>de padres</i> (incluidos los cargos por pagos atrasados, excursiones o viajes de estudio, pañales, transporte, matrícula, etc.)		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
IF K5_a = DK/REF ASK K5_a2 ELSE SKIP TO K5_b.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a2. No especificó una cantidad para los pagos de los padres (incluidos los cargos por pagos atrasados, excursiones, pañales, transporte, inscripción, etc.). ¿(Recibió/recibirá) algún ingreso de esta fuente en 2023?		
b Reembolsos de agencias del gobierno (vales/certificados, contratos, preescolar, distritos escolares públicos, programa de alimentación Child and Adult Care Food Program (USDA))		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
IF K5_b = DK/REF ASK K5_b2 ELSE SKIP TO K5_c.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<p>b2. No especificó una cantidad para reembolsos de agencias gubernamentales (vales/certificados, contratos, Preescolar, distritos escolares públicos, Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (USDA). ¿(Recibió/recibirá) algún ingreso de esta fuente en 2023?</p>		
<p>c. Pagos de otros individuos o grupos (familiares, organizaciones caritativas, empleadores, iglesias)</p>		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
<p>IF K5_c = DK/REF ASK K5_c2 ELSE SKIP TO K5_d.</p> <hr/> <p>c2. No especificó una cantidad para los pagos de otros individuos o grupos (miembros de la familia, organizaciones benéficas, empleadores, iglesias). ¿(Recibió/recibirá) algún ingreso de esta fuente en 2023?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>dOtros tipos de ingresos</p>		<input type="checkbox"/> 1 al año <input type="checkbox"/> 2 al mes <input type="checkbox"/> 3 a la semana
<p>IF K5_d = DK/REF ASK K5_d2 ELSE SKIP TO K_S_2.</p> <hr/> <p>D2No especificó una cantidad para otros tipos de ingresos. ¿(Recibió/recibirá) algún ingreso de esta fuente en 2023?</p>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>Skip Logic Box K_S_2: IF SUM OF K5_a - K5_d can be calculated ask K5_e ELSE, SKIP TO K_S_3.</p> <hr/> <p>e. Eso significa que (recibió/recibirá) alrededor de [TOTAL] para el cuidado de niños menores de 13 años en (el año pasado/en 2023). ¿Correcto?</p>		<input type="checkbox"/> Sí → SKIP TO END <input type="checkbox"/> No
<p>Skip Logic Box K_S_3: IF K5_e =2 OR IF NO SUM CALCULATED FOR K5_e ASK K5_f ELSE SKIP TO END.</p> <hr/>	<p>\$ _____</p>	

<p>f. ¿Alrededor de cuánto diría que (recibió/recibirá) en total en 2023 por cuidar niños menores de 13 años?</p>		
<p>F K5_f = DK/REF ASK K5_g ELSE SKIP TO END.</p> <hr/> <p>g. Comprender los desafíos financieros y las oportunidades de brindar atención en el hogar es fundamental para comprender mejor el costo real que las familias y los proveedores pagan por el cuidado de los niños. Indique cuál de los siguientes describe mejor el monto que (recibió/recibirá) en total en 2023 por el cuidado de niños menores de 13 años.</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Menos de \$2500 2 <input type="checkbox"/> \$2501 a \$7500 3 <input type="checkbox"/> \$7501 a \$10,500 4 <input type="checkbox"/> Más de \$10,500</p>		

SECTION L Consent to access administrative records

(INTERVIEWER ADMINISTERED): Le pedimos su permiso para buscar registros de empleo estatales o nacionales, registros de asistencia a la universidad o de desarrollo profesional, o datos estatales sobre licencias y/o subsidios. Brindaremos a los administradores de datos información básica que lo identifique a usted y a su programa y solicitaremos que la información se envíe a la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o sus contratistas, solo con fines de estudio. ¿Tenemos su permiso para hacerlo?

1. Sí → GO TO L6
2. No → GO TO L3

L3. (SUGGESTED SCRIPT) Le pedimos que vincule sus respuestas a estos datos de otras fuentes para comprender mejor cuánto la educación y la capacitación ayudan a las personas a tener éxito en el campo y algunas de las razones por las que las personas dejan el campo del cuidado de niños y hacia dónde van.

IF NEEDED: Los registros de programas del gobierno estatal o local pueden brindar información adicional sobre la frecuencia con la que los proveedores de cuidado de niños dejan los trabajos de cuidado y educación temprana y a qué tipo de trabajos se trasladan. Buscaríamos trabajos adicionales que tenga ahora o que pueda tener en el futuro.

IF NEEDED: Los registros sobre la asistencia a la universidad y la participación en el desarrollo profesional y la certificación pueden decirnos cuánto la educación y/o la capacitación ayudan a las personas a tener éxito en el cuidado de niños y la educación en la primera infancia o en otros tipos de trabajos. Buscaríamos, por ejemplo, registros que rastreen las credenciales educativas o las bases de datos que los empleadores usan para confirmar los títulos universitarios de los solicitantes de empleo para saber qué tipo de certificaciones o títulos ha obtenido o qué actividades de desarrollo profesional ha realizado.

IF NEEDED: Los datos de licencias y/o los datos estatales sobre los subsidios para el cuidado de niños nos ayudan a comprender cómo las políticas estatales de cuidado y educación temprana influyen en la probabilidad de que los proveedores que cuidan niños en el hogar ofrezcan cuidado en diferentes partes del país o bajo diferentes condiciones.

NORC solicita su permiso para buscar en estas fuentes de datos. No daríamos a la agencia estatal ni a los administradores de datos ninguna de las respuestas que brindó hoy, aparte de su nombre y el nombre de su programa y suficiente información para encontrarlo en los registros.

Toda la información sobre usted y su programa se considerará confidencial y se utilizará únicamente con fines de estudio. Su nombre, así como el nombre de su programa, no se usarán para informar los resultados del estudio. Solo el personal autorizado asociado con este estudio tendrá acceso a esta información identificable según sea necesario. La información se informará como estadísticas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. como parte de los resultados de este estudio.

1. Si → GO TO L6
2. No → GO TO HBX_INCENTIVE

L6.

Necesito obtener algunos datos suyos para buscar su información en los registros administrativos. Por favor confirme...

Nombre completo	[RESPONDENT NAME]
Nombre comercial	[BUSINESS NAME]
Número de teléfono	[PRIMARY PHONE]
Tipo de teléfono	[LANDLINE/CELL]
Correo electrónico	[PRIMARY EMAIL]
Correo electrónico secundario	[SECONDARY EMAIL]
Dirección comercial	[BUSINESS ADDRESS 1]
	[BUSINESS ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]
Dirección del encuestado (si es diferente)	[BUSINESS ADDRESS 1]
	[BUSINESS ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]

(SELF-ADMINISTERED):

Le pedimos su permiso para buscar registros de empleo estatales o nacionales, registros de asistencia a la universidad o de desarrollo profesional, o datos estatales sobre licencias y/o subsidios. Brindaremos a los administradores de datos información básica que lo identifique a usted y a su programa y solicitaremos que la información se envíe a la Administración para Niños y Familias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o sus contratistas, solo con fines de estudio.

¿Tenemos su permiso para hacerlo?

1. Sí à GO TO H4
2. No à GO TO H3

H3.

Le pedimos que vincule sus respuestas a estos datos de otras fuentes para comprender mejor cuánto la educación y la capacitación ayudan a las personas a tener éxito en el campo y algunas de las razones por las que las personas dejan el campo del cuidado de niños y hacia dónde van.

NORC solicita su permiso para buscar en estas fuentes de datos. No daríamos a la agencia estatal ni a los administradores de datos ninguna de las respuestas que brindó hoy, aparte de su nombre y el nombre de su programa y suficiente información para encontrarlo en los registros.

Toda la información sobre usted y su programa se considerará confidencial y se utilizará únicamente con fines de estudio. Su nombre, así como el nombre de su programa, no se usarán para informar los resultados del estudio. Solo el personal autorizado asociado con este estudio tendrá acceso a esta

información identificable según sea necesario. La información se informará como estadísticas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. como parte de los resultados de este estudio.

1. Sí à GO TO L6
2. No à GO TO HBX_INCENTIVE

[THIS SCREEN WILL OFFER THE OPTION TO GET ANSWERS TO ADDITIONAL QUESTIONS BY CLICKING A LINK. THE TEXT BELOW WILL APPEAR THERE]

¿Por qué le interesa acceder a los registros del programa del gobierno estatal o local?

Los registros de programas del gobierno estatal o local pueden brindar información adicional sobre la frecuencia con la que los proveedores de cuidado de niños dejan los trabajos de cuidado y educación temprana y a qué tipo de trabajos se trasladan. Buscaríamos trabajos adicionales que tenga ahora o que pueda tener en el futuro.

¿Por qué le interesa acceder a mis registros de asistencia a la universidad o de desarrollo profesional?

Los registros sobre la asistencia a la universidad y la participación en el desarrollo profesional y la certificación pueden decirnos cuánto la educación y/o la capacitación ayudan a las personas a tener éxito en el cuidado y educación temprana o en otros tipos de trabajos. Buscaríamos, por ejemplo, registros que rastreen las credenciales educativas o las bases de datos que los empleadores usan para confirmar los títulos universitarios de los solicitantes de empleo para saber qué tipo de certificaciones o títulos ha obtenido o qué actividades de desarrollo profesional ha realizado.

¿Qué hará con la información sobre licencias y/o subsidios?

Los datos de licencias y/o los datos estatales sobre los subsidios para el cuidado de niños nos ayudan a comprender cómo las políticas estatales de cuidado y educación temprana influyen en la probabilidad de que los proveedores que cuidan niños en el hogar ofrezcan cuidado en diferentes partes del país o bajo diferentes condiciones.

H4. Confirme o actualice la siguiente información:

Nombre completo	[RESPONDENT NAME]
Número de teléfono	[PRIMARY PHONE]
Tipo de teléfono	[LANDLINE/CELL]
Correo electrónico	[PRIMARY EMAIL]
Correo electrónico secundario	[SECONDARY EMAIL]
Domicilio	[RESPONDENT ADDRESS 1]
	[RESPONDENT ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]

PROCEED TO INCENTIVE PAYMENT SCREEN AND CONTACT INFORMATION UPDATE.

HBX_INCENTIVE

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Como muestra de agradecimiento, puede optar por recibir un código de regalo electrónico de Amazon de \$[15/20] por correo electrónico o una tarjeta de regalo por \$[15/20] que le será enviada por correo. Seleccione su opción preferida a continuación y brinde la información de contacto necesaria. Asegúrese de ingresar su correo electrónico o dirección postal correctamente para garantizar la entrega.

1. Por correo electrónico → SKIP TO HBX_INC_EMAIL
2. Por correo → SKIP TO HBX_INC_MAIL
- 3 Ninguno → SKIP TO HBX_CNTCT_UPD

HBX_INC_EMAIL

[SELF-ADMINISTERED:] Ingrese su dirección de correo electrónico: (*Requerido)

[INTERVIEWER-ADMINISTERED:] Dígame la dirección de correo electrónico a la que desea que le enviemos el código de regalo.

Correo electrónico* _____

SKIP TO FUTURE CONTACT INFORMATION

HBX_IC_MAIL

[SELF-ADMINISTERED:] Ingrese su dirección postal: (*Requerido)

[INTERVIEWER-ADMINISTERED:] Dígame su nombre completo y la dirección donde desea que le enviemos la tarjeta de regalo.

Nombre completo*: _____

Dirección 1*: _____

Dirección 2: _____

Ciudad*: _____

Estado*: _____

Código postal*: _____

Future Contact Information

Es posible que hagamos otro estudio con los cuidadores en el futuro y nos gustaría que siga participando. Si se lleva a cabo un estudio futuro, puede decidir si desea participar o no en ese momento. También es posible que nos comuniquemos con usted en el futuro si necesitamos aclarar una de las respuestas de su encuesta.

[SELF-ADMINISTERED:] Actualice su información de contacto a continuación.

[INTERVIEWER ADMINISTERED:] Me gustaría confirmar que tenemos registrada su mejor información de contacto.

[INFORMATION WILL BE PREFILLED FROM THE CASE MANAGEMENT SYSTEM]

Nombre completo	[RESPONDENT NAME]
Número de teléfono	[PRIMARY PHONE]
Tipo de teléfono	[LANDLINE/CELL]
Correo electrónico	[PRIMARY EMAIL]
Correo electrónico secundario	[SECONDARY EMAIL]
Domicilio	[RESPONDENT ADDRESS 1]
	[RESPONDENT ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]

[IF CELL PHONE SELECTED]: Es posible que el NORC de la Universidad de Chicago o el Departamento de Salud y Servicios Humanos deseen enviarle un mensaje de texto sobre su participación en la Encuesta Nacional de Cuidado y Educación Temprana (NSECE). Solo usaremos su número de teléfono para facilitar su cooperación con este estudio y no compartiremos, venderemos ni usaremos este número de ninguna otra manera. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajería y datos. Podrá optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento. ¿Nos permite enviarle un mensaje de texto al número que nos dio?

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