



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

*Spanish Hard Copy Only*  
**NOT PROGRAMMED IN CATI**



*Center-based Provider  
Screenener and  
Questionnaire (Spanish)*

## CENTER-BASED SCREENER

[QUEX HAS FLAG TO INDICATE IF INSTRUMENT IS LAUNCHED FROM FI TABLET OR NOT (FI\_ADMIN)]

[IF FI ADMINISTERED, THEN THE BELOW CONSENT APPEARS ON THE FIRST PAGE OF SCREENER; IF SELF-ADMINISTERED, THE BELOW CONSENT APPEARS ON LOGIN PAGE.]

[SELF-ADMINISTERED:] ¡Bienvenido a la Encuesta Nacional de Cuidado y Educación Temprana! Este estudio está siendo realizado por NORC en la Universidad de Chicago por 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 al gobierno a apoyar mejor a las personas que cuidan a los niños de nuestra nación.

[IF SELF-ADMINISTERED:] Si tiene alguna pregunta o prefiere responderlas por teléfono, llame al [PHONE]. 1-800-487-4609.

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

PIN:

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 [NAME], y soy de NORC en la Universidad de Chicago. Estamos realizando una encuesta patrocinado por 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 al gobierno a apoyar mejor a las personas que cuidan a los niños de nuestra nación.

### Q1.

¿Ofrece usted servicios de cuidado y educación temprana para niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes, en [ADDRESS]? Con cuidado y educación temprana, quiero decir preescolar, pre-jardín de infantes, guardería, cuidado diurno, Montessori para niños pequeños u otros servicios similares. Esto no incluye servicios sin que el menor esté inscrito o de una sola actividad, tales como prácticas deportivas o programas de clases particulares.

1 Sí

2 No (SKIP TO Q4)

**Q1a\_2.**

¿Los servicios de su organización para niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes...

	Sí	No
a. se ofrecen al menos tres horas por día y dos veces por semana?		
b. incluyen <b>solamente</b> actividades abiertas, a las que los niños puedan no asistir regularmente?		
c. son <b>solamente</b> para actividades antes o después de clases?		
d. son <b>solamente</b> para una <b>sol</b> a actividad tal como clases particulares, terapia o un deporte? Responda "no" si su organización provee múltiples actividades para niños durante el día.		

**CHK\_1.** IF Q1a\_2\_a=Y AND Q1a\_2\_b=N AND Q1a\_2\_c=N AND Q1a\_2\_d=N THEN ORG IS ELIGIBLE. ELSE ORG NOT ELIGIBLE.

**CHK\_2.** IF ORG IS ELIGIBLE, ASK Q2. ELSE SKIP TO Q4.

CREATE ELIGIBILITY ROSTER AND POPULATE BASED ON Q1A OUTCOME [ELIG\_FLAG]. PNAME ORGANIZATION IS ALWAYS FIRST IN ROSTER AND HAVE LIST NUMBER OF 1. IF ELIGIBLE AS INDICATED ABOVE THEN ELIG\_FLAG=1, IF NOT THEN ELIG\_FLAG=0.

**Q2.**

¿Es [PNAME] el mejor nombre para su organización?

1 Sí (skip to Q4)

2 No

**Q3.**

¿Cuál es el nombre de su organización?

Organización #1 \_\_\_\_\_

**Q4.**

¿Ofrece alguna otra organización servicios de cuidado y educación temprana en [ADDRESS] para niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes?

1 Sí

2 No (SKIP TO Q6)

**Q5.**

¿Cuál es el nombre de esa organización?

Organización \_\_\_\_\_

**Q6.**

¿Y existe alguna otra organización que ofrezca servicios de cuidado y educación temprana en [ADDRESS] para niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes?

1 Sí (go to q5)

2 No (go to Q7\_2)

**Q7\_2.**

Hasta donde sepa, ¿son los servicios de [ORGANIZATION FROM Q5] para niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes...

	Sí	No
a. se ofrecen al menos tres horas por día y dos veces por semana?		
b. incluyen <b>solamente</b> actividades abiertas, a las que los niños pueden no asistir regularmente?		
c. son <b>solamente</b> para actividades antes o después de clases?		
d. son <b>solamente</b> para una <b>sola</b> actividad tal como clases particulares, terapia o un deporte?  Responda "no" si su organización provee múltiples actividades para niños durante el día.		

**CHK\_3.** IF Q7\_2\_A=YES AND Q7\_2\_B=NO AND Q7\_2\_C=NO AND Q7\_2\_D=NO, THEN ORG IS ELIGIBLE. ELSE ORG NOT ELIGIBLE.

**CHK\_4.** RETURN TO Q7\_2 FOR NEXT ORGANIZATION LISTED AT Q5 UNTIL ALL ORGANIZATIONS HAVE BEEN ASKED ABOUT.

ADD EACH ORGANIZATION NAME FROM Q5 TO ELIGIBILITY ROSTER AND ASSIGN ELIG\_FLAG=1 IF ABOVE CRITERIA ARE MET. IF NOT, THEN ASSIGN ELIG\_FLAG=0. EACH ORGANIZATION IN ROSTER HAS LIST VALUE, ORGANIZATION NAME AND ELIG\_FLAG.

LIST VALUE	ORGANIZATION NAME	ELIG_FLAG
1	IF Q2=YES, THEN USE PNAME PRELOAD; ELSE USE Q3 NAME	IF Q1A_2_A=YES AND Q1A_2_B=NO AND Q1A_2_C=NO AND Q1A_2_D=NO THEN ELIG_FLAG=1. ELSE ELIG_FLAG=0
2	ORGANIZATION NAME FROM Q5 (LOOP 1)	IF Q7_2_A=YES AND Q7_2_B=NO AND Q7_2_C=NO AND Q7_2_D=NO THEN SET ELIG_FLAG=1.  ELSE SET ELIG_FLAG=0
3	FOLLOWING LOGIC FOR LIST VALUE 2 ABOVE, ADD UP TO 4 ADDITIONAL ORGANIZATIONS	

[ORGANIZATION SELECTION LOGIC: RANDOMLY SELECT ONE ORGANIZATION FROM ROSTER FOR THOSE LISTED ABOVE AS ELIGIBLE [WHERE ELIG\_FLAG=1] AND STORE AS FINALORG. STORE LIST VALUE AS WELL.]

POPULATE CB\_ORG VARIABLE BASED ON FOLLOWING LOGIC:

- IF CBSCR IS NOT FI ADMINISTERED (FI\_ADMIN=0) AND ORIGINAL ORG IS ELIGIBLE [ELIG\_FLAG=1 FOR FIRST ORG IN ROSTER] AND Q2=YES, THEN STORE PNAME FROM Q2 AS CB\_ORG.
- IF CBSCR IS NOT FI ADMINISTERED (FI\_ADMIN=0) AND ORIGINAL ORG IS ELIGIBLE [ELIG\_FLAG=1 FOR FIRST ORG IN ROSTER] BUT Q2=NO, THEN STORE Q3 NAME AS CB\_ORG.
- IF CBSCR IS FI ADMINISTERED (FI\_ADMIN=1), STORE FINALORG VALUE AS CB\_ORG VALUE.
- POPULATE THE CB\_ORG\_CODE TO MATCH THE LIST VALUE CARRIED FROM FINALORG.

**CHK\_5.** IF ORIGINAL ORG IS NOT ELIGIBLE AND CBSCR IS NOT FI\_ADMINISTERED (FI\_ADMIN=0), SKIP TO LOGIC AT Q7. OTHERWISE CONTINUE TO Q8.

**Q8.**

Basándonos en nuestros procedimientos estadísticos, nuestro estudio tiene algunas preguntas adicionales para [CB\_ORG] sobre sus servicios de cuidado y educación temprana para niños. ¿Puede proveer la información de contacto de esa organización? Provea la información que tenga disponible.

Primer nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

[DK/REF]

**Q7.**

THE FOLLOWING TRANSITIONS WILL OCCUR BASED ON IF SURVEY IS FI-ADMINISTERED AND IF CB\_ORG IS THE ORIGINAL ORGANIZATION OR NOT. RULES ARE AS FOLLOWS:

**TRANSITION A:** IF NOT FI-ADMINISTERED, DISPLAY FOLLOWING:

Gracias por su atención el día de hoy. Tenemos algunas preguntas adicionales sobre su organización y los servicios de cuidado y educación temprana que provee.

SKIP TO CONSENT

**TRANSITION B:** IF FI-ADMINISTERED AND OTHER ORG IS ELIGIBLE, DISPLAY FOLLOWING:

Muchas gracias por su atención el día de hoy. Su información nos ayuda a entender mejor los tipos y la cantidad de programas de cuidado y educación temprana en nuestro país.

TERMINATE AND DISPOSITION THIS ADDRESS AS 54: PROV SCREENER COMPLETE

**TRANSITION C:** IF FI-ADMINISTERED AND ORIGINAL ORG IS ELIGIBLE, DISPLAY FOLLOWING:

Muchas gracias por su atención el día de hoy. Tengo algunas preguntas adicionales sobre su organización y los servicios de cuidado y educación temprana que provee.

TERMINATE AND DISPOSITION THIS ADDRESS AS 54: PROV SCREENER COMPLETE

**TRANSITION D:** IF NO ORGANIZATIONS ARE ELIGIBLE [ALL ELIG\_FLAG=0] DISPLAY THE FOLLOWING:

Muchas gracias por su atención el día de hoy. Su información nos ayuda a entender mejor los tipos y la cantidad de programas de cuidado y educación temprana en nuestro país. [TERMINATE AND DISPOSITION THIS ADDRESS AS "76: Final Ineligible Provider."]

TERMINATE AND DISPOSITION THIS ADDRESS AS 76: FINAL INELIGIBLE PROVIDER

## Center-based Provider Questionnaire

Gracias por participar en este estudio que trata sobre los programas de cuidado y educación temprana disponibles para niños menores de 13 años. Está financiado por la Administración para Niños y Familias, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, y lo lleva a cabo NORC en la Universidad de Chicago. Su participación en este estudio ayudará al gobierno en todos los niveles a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado y educación de niños que más se necesitan en su área.

Esta encuesta dura aproximadamente 45 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 entrevista. 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 recolectados 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 podrá acceder a ellos el personal autorizado asociado con este estudio a fines de la investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado solo cuando sea necesario.

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

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.

1. CONTINUE





[INTERVIEWER ADMINISTERED:]

(IF NEEDED:) Mi nombre es \_\_\_\_\_ y vengo a nombre de NORC en la Universidad de Chicago). Estamos realizando un estudio sobre los servicios opciones de cuidado y educación disponibles para niños menores de 13 años. Está financiado por la Administración para Niños y Familias, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, y lo lleva a cabo NORC en la Universidad de Chicago. Su participación en este estudio ayudará al gobierno en todos los niveles a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado y educación de niños que más se necesitan en su área.

Esta encuesta dura aproximadamente 45 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.

Los datos recolectados 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.

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

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

**INTRO.**

Esta entrevista recolecta datos sobre todos los servicios de cuidado y educación para niños menores de 13 años de edad que su organización ofrezca en esta dirección.

**CHECK\_S.**

WAS CASE COMPLETED ON OR AFTER MAY 28, 2024?

1. Sí
2. No

IF CHECK\_S = 1, ASK T1  
ELSE, SKIP TO NUMSITE.

**T1.**

¿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?

**T1A.** ¿cuida diferentes edades de niños?

1. Sí
2. No

**T1B.** ¿cuida diferente cantidad de niños?

1. Sí
2. No

**T1C.** ¿Les cobra a las familias diferentes precios por el cuidado?

1. Sí
2. No

**T1D.** ¿tiene diferente personal?

1. Sí
2. No

**T1E.** ¿tiene diferente horarios o tipos de personal?

1. Sí
2. No

**T1F.** ¿tiene diferente horario de cuidado para los niños?

1. Sí
2. No

IF T1A - T1F = 1 FOR ANY ITEM, ASK T2  
ELSE, SKIP TO NUMSITE.

**T2.**

¿En qué fecha comienzan sus actividades de verano?

\_\_\_\_\_

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.

**Numsite.**

¿Dirige esta organización programas para el cuidado y educación de niños menores de 13 años de edad en cualquier lugar que no sea éste?

1. Sí, varios sitios
2. No, un solo sitio → SKIP TO A\_INTRO

**Numsite\_1.**

¿En cuántos lugares en total dirige programas esta organización?

\_\_\_\_\_

**A\_INTRO.**

En esta entrevista, utilizamos el término 'programa' para describir todos los servicios de cuidado y educación para niños menores de 13 años de edad que ofrece su organización [ORG] en la dirección [ADDRESS]. [IF NUMSITE=1, Incluya todo servicio que provea en otras direcciones.]

[IF ELEMFLAG=1: Con servicios de cuidado y educación temprana, queremos decir servicios para niños pequeños que todavía no asistan a jardín de infantes, como los servicios para antes o después de clases para niños de edad escolar, pero no el jardín de infantes regular de la educación primaria hasta sexto grado.]

## Section A. Program Level Information

### A7.

¿En qué tipo de edificio está ubicado su programa? Elija solo uno para cada edificio que ocupe su programa.

- 1  EDIFICIO RELIGIOSO
- 2  ESCUELA PÚBLICA
- 3  ESCUELA PRIVADA
- 4  UNIVERSIDAD O FACULTAD
- 5  LUGAR DE TRABAJO
- 6  CENTRO COMUNITARIO O EDIFICIO MUNICIPAL
- 7  ESTRUCTURA COMERCIAL
- 8  ESTRUCTURA INDEPENDIENTE (POR EJEMPLO, LA ORGANIZACIÓN ES EL ÚNICO OCUPANTE)
- 9  CASA, APARTAMENTO U OTRA ESTRUCTURA RESIDENCIAL
- 10  OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- DK/REF

### A8A.

¿Es su programa con fines de lucro, sin fines de lucro o lo dirige un organismo gubernamental?

- 1  CON FINES DE LUCRO → SKIP TO A9
- 2  SIN FINES DE LUCRO
- 3  LO DIRIGE UN ORGANISMO GUBERNAMENTAL
- 4  OTRO, ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

### A8B.

¿Su programa es independiente o está patrocinado por otra organización? Es posible que una organización patrocinadora provea fondos, supervisión administrativa o tenga requisitos de información; sin embargo, no se deben considerar patrocinadoras las organizaciones que sean únicamente fuentes de financiación.

- 1  INDEPENDIENTE → SKIP TO A11
- 2  PATROCINADO
- 3  DON'T KNOW/REFUSED/BLANK (IN WEB) → SKIP TO A11

**A8C.**

¿Qué tipo de organización patrocina su programa?

- 1  ORGANIZACIÓN O AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES
- 2  IGLESIA O GRUPO RELIGIOSO
- 3  ESCUELA PÚBLICA/CONSEJO DE EDUCACIÓN
- 4  ESCUELA PRIVADA, RELIGIOSA
- 5  ESCUELA PRIVADA, NO RELIGIOSA
- 6  FACULTAD O UNIVERSIDAD
- 7  COMPAÑÍA PRIVADA O EMPLEADOR INDIVIDUAL
- 8  ORGANIZACIÓN COMUNITARIA NO GUBERNAMENTAL
- 9  GOBIERNO ESTATAL
- 10  GOBIERNO LOCAL, SN INCLUIR EL DISTRITO ESCOLAR
- 11  GOBIERNO FEDERAL O MILITAR
- 13  HOSPITAL
- 14  CESIONARIO NO ESPECIFICADO DEL PROGRAMA HEAD START
- 15  PATROCINADOR NO ESPECIFICADO DE PRE-JARDINES DE INFANTES PÚBLICOS
- 12  OTRO, ESPECIFIQUE -- ¿QUÉ ORGANIZACIÓN PATROCINA SU PROGRAMA?

**Skip Logic Box A\_S\_1:**

IF A8A = 1 OR 2 ("FOR PROFIT" OR "NOT FOR PROFIT"), ASK A9  
ELSE, SKIP TO A11\_M.

**A9.**

¿Es su organización independiente y se dirige de manera independiente, o es una franquicia o parte de una cadena?

- 1  INDEPENDIENTE Y SE DIRIGE DE MANERA INDEPENDIENTE → SKIP TO A11
- 2  FRANQUICIA
- 3  CADENA
- DK/REF → SKIP TO A11

**A9a.**

¿Aproximadamente cuántos centros hay en la cadena de la que usted forma parte?

- 1  Menos de 10
- 2  De 10 a 39
- 3  40 o más

**A11\_M.**

¿Cuánto tiempo lleva funcionando su programa?

Años y  Meses

**A12.**

¿Otra organización como un patrocinador, una escuela u otro subsidio o paga por el espacio del programa en esta ubicación?

- 1  Sí
- 2  No

<p><b>A10.</b> ¿Qué grupos de edad de niños participan en su programa en este lugar? Con grupos de edad queremos decir la gama de edades que utiliza para agrupar a los niños. Provea las edades aproximadas en meses para cada grupo de edad. Por favor, solo informe sobre los grupos de edad de los niños menores de 13 años. Range 0 - 156</p>	<p><b>C1_1.</b> ¿Cuántos niños están inscritos actualmente en este grupo de edad, en su programa en este lugar? Range 0-999</p>	<p><b>C1_2.</b> ¿Cuántos de estos niños están inscritos actualmente a tiempo completo? Range &lt; or =C1_1</p>	<p><b>C1a.</b> ¿Cuántas vacantes tiene usted actualmente en el grupo de edad [XX to YY months]? Range 0-999</p>	
1. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
2. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
3. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
4. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
5. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
6. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
7. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
8. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
9. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
10. ____ Meses a ____ Meses				-2. No lo sé, al menos una vacante.
TOTAL (RANGE: 0 TO 156				



**C1\_3.**

¿Su programa tiene algún niño que asista al menos 5 horas a la semana pero que no tenga un horario regular de asistencia? Algunos programas llaman a esto “cuidado sin arreglos previos”.

1.  SÍ → ASK C1\_3B
2.  NO

IF INTERVIEW IS SELF-ADMINISTERED, ASK A\_COMMENTS  
ELSE, SKIP TO SECTION B.

**C1\_3B.**

¿Cuántos niños asisten al menos 5 horas semanales, pero no tienen un horario regular de asistencia?

\_\_\_\_\_Número de niños

**C1\_3C.**

¿Incluyó a estos niños en el número anterior de niños “actualmente inscritos”?

1.  SÍ
2.  NO

IF INTERVIEW IS SELF-ADMINISTERED, ASK A\_COMMENTS  
ELSE, SKIP TO SECTION B.

**A\_Comments.**

Apreciamos sus ideas y comentarios. Por favor proporcione cualquier comentario adicional o información referente a sus respuestas en la caja de texto de abajo. De lo contrario, puede poner una marca en el cuadro de “NO TENGO NINGUN OMENTARIO” para continuar.

---

1. NO TENGO NINGUN COMENTARIO

## Section B. Schedule and Rates

### B1.

Provea las horas en que su programa estuvo abierto para los niños **la semana pasada, desde el último lunes.**

Si hubo más de un intervalo de tiempo en que estuvo abierto el **lunes pasado**, 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.)

### B1a.

	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

### B1\_1.

¿Sus horas de operación, el lunes pasado fueron las mismas a las de algún otro día de la semana anterior? (**SELECT ALL THAT APPLY**)

- 1  MARTES
- 2  MIÉRCOLES
- 3  JUEVES
- 4  VIERNES
- 5  SÁBADO
- 6  DOMINGO

### Skip Logic Box B\_S\_1:

FOR DAYS NOT SELECTED ON B1\_1, ASK B1\_2  
ELSE, SKIP TO B1\_3.

### B1\_2.

Proporcione las horas en que su programa estuvo abierto para niños el... . (DAY OF WEEK) pasado?

	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

**B1\_3.**

¿Tiene familias que paguen para que sus hijos asistan a este programa, o todos los niños asisten gratuitamente a este programa?

1  ALGUNAS O TODAS LAS FAMILIAS PAGAN

2  NINGUNA FAMILIA PAGA → SKIP TO B5

**B1\_3a.**

¿Tiene su programa una cuota que usted le cobra a las familias por cuidado de tiempo completo para las siguientes edades...

Infantes menores de 12 meses de edad	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Niños de 2 años de edad	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Niños de 3 años de edad	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
Niños de 4 años de edad	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

**Skip Logic Box B\_S\_2:**

IF B1\_3a = DK/REF FOR ALL OPTIONS, SKIP TO B7.

ELSE, ASK B1\_5 THROUGH B1\_5G FOR EACH AGE GROUP THAT = 1 IN B1\_3A.

*Start of B\_L\_1 Loop (\*BL1):*

REPEAT B1\_5 - B1\_5G FOR EACH AGE GROUP = 1 (HAVE A RATE IN B1\_3A)

**B1\_5. \*BL1**

¿Cuánto les está cobrando actualmente a las familias por una inscripción de **tiempo completo** para [AGE GROUP FROM B1\_3A]? No incluya ningún subsidio o descuento.

\$ \_\_\_\_\_

**B1\_5A\_M. \*BL1**

¿Es eso por

1. hora
2. medio día
3. día completo
4. semana
5. mes .
6. ciclo/semestre/trimestre
7. año
8. OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
9. DK/REF/BLANK

IF B1\_5A\_M = 1,2,3,4,5, OR 9, THEN SKIP TO B7.

ELSE, IF B1\_5A\_M = 6 OR 7, THEN ASK B1\_5E.

ELSE B1\_5A\_M = 8, THEN SKIP TO B1\_5G

**B1\_5E. \*BL1**

¿Cuántas semanas es eso?

\_\_\_\_\_semanas

SKIP TO END OF LOOP B\_L\_1 BOX.

**B1\_5G. \*BL1**

¿A cuánto por semana equivale esa tarifa?

\$ \_\_\_\_\_

**B7.**

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

**B7a. Tarifas graduales**

1. Sí
2. No

**B7b. Becas**

1. Sí
2. No

**B7c.** Otras tarifas con descuento, como para hijos del personal del centro, o miembros de una congregación u organización relacionada.

1. Sí
2. No

**B7d. Otro arreglo**

1. Sí
2. No → SKIP TO B9

**B8.**

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

\_\_\_\_\_

1. Tarifas graduales
2. Becas
3. Otros descuentos como para hijos de miembros del personal o miembros de una organización o congregación afiliada.
4. Otro arreglo.
5. DK/REF/No Answer

**B9.**

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

\_\_\_\_\_ Número de niños

-2. No lo sé, pero al menos un niño es pagado solo por su familia.

**B5\_M.**

¿Permite su programa que los padres utilicen sus servicios en horarios que varían de semana a semana?

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. NS/NEG/EN BLANCO (EN LA WEB)

**B6.**

¿Cuántas semanas por año su programa provee cuidado para niños menores de 13 años de edad?

Número de semanas

RANGE: 1-52

## Section C. Enrollment

Responda las siguientes preguntas sobre los niños en su programa, de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes.

**C4.**

¿Cuántos de los niños pequeños que estén inscritos actualmente en su programa tienen un estado físico que afecte la manera en que su programa los sirve?

Número de niños

-2. No sé, pero al menos un niño.

RANGE: 0-999

**C5.**

¿Cuántos de los niños pequeños tienen un IEP/IFSP? [SI ES NECESARIO: un IEP, por sus siglas en inglés, es un plan de educación individualizado para niños con retrasos o discapacidades que reciben servicios de educación especial en la escuela. Un IFSP, por sus siglas en inglés, es un Plan de Servicios Familiares Individualizados para niños con retrasos o discapacidades y sus familias que reciben servicios de intervención temprana.]

Número de niños

-2. No sé, pero al menos un niño.

RANGE 0-999

**C6.**

Nuevamente pensando en todos los niños pequeños actualmente matriculados, ¿cuántos de ellos son de origen hispano, latino o español?

Número de niños

-2. No sé, pero al menos un niño es de origen hispano, latino o español.

RANGE 0-999

**C7.**

Hasta donde usted sabe, ¿cuántos de los niños pequeños que no son de origen hispano, latino ni español son....

	Category	Numero de niños	
<b>C7a.</b>	Blancos	<input type="text"/>	-2. No sé, pero al menos un niño es Blanco
<b>C7b.</b>	Negros o afroamericanos	<input type="text"/>	-2. No sé, pero al menos un niño es Negro o afroamericano
<b>C7d.</b>	Asiáticos	<input type="text"/>	-2. No sé, pero al menos un niño es Asiático
<b>C7c.</b>	De raza mixta, otra raza o no está seguro	<input type="text"/>	-2. No sé, pero al menos un niño es de raza mixta, otra raza o no está seguro

**C18.**

¿Tiene al menos un miembro del personal en su programa que pueda comunicarse de manera efectiva con las familias que no pueden comunicarse bien en inglés?

1. Sí, para todas las familias que no pueden comunicarse bien en inglés.
2. Sí, para algunas familias que no pueden comunicarse bien en inglés.
3. No → SKIP TO C15
4. No aplicable, todas las familias pueden comunicarse bien en inglés. → SKIP TO C15
5. DK/REF → SKIP TO C15

**C19.**

¿De qué grupo de miembros del personal depende más su programa para comunicarse con las familias que no pueden comunicarse bien en inglés?:

1. Maestros o maestros titulares.
2. Ayudantes o Asistentes de maestro.
3. Especialistas.
4. Personal no educacional (ej. administradores, personal de apoyo, choferes, cocineros).

**C15.**

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

## Section R. Revenues

Las siguientes preguntas son sobre las fuentes de ingreso de su programa para brindar servicios de cuidado y educación temprana a niños menores de 13 años de edad.

### C12a.

¿A cuántos niños en su programa se ha financiado con dólares de los siguientes programas gubernamentales?

	# de Niños	
<b>C12a _1.</b> Prekindergarten estatal, tal como [STATE PRE-K NAME]		-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.
<b>C12a _2.</b> Head Start, incluido Early Head Start	Menos de 3 años de edad _____ De 3 a 5 años de edad, que no asistan a jardín de infantes _____	-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.
<b>C12a _3.</b> Gobierno local (p.ej. Financiación preescolar de la junta escolar local o de otra agencia local, becas o "grants" del gobierno de la ciudad o del condado)		-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.
<b>C12a _4.</b> Programas de subsidio de cuidado de niños como CCDF o TANF o [STATE ESTADOPROGRAM NAMENOMBRE DEL PROGRAMA] (entre ellos vales/certificados, contratos estatales)	Menos de 3 años de edad _____ De 3 a 5 años de edad, que no asistan a jardín de infantes _____ Edad escolar _____	-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.
<b>C12a _5.</b> Título I		-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.
<b>C12a _8.</b> Otros tipos de programas financiados por el gobierno		-2. No sé, pero al menos un niño se financia de esta manera.

IF -1 DK/REF ON ALL ITEMS IN C12A GRID THEN SKIP TO R2

#### Skip Logic Box R\_S\_1:

IF C12A = 0 FOR EACH OF THE FOLLOWING CATEGORIES: 1, 2, 3, 4, 5, and 8, AND C12A≠-2 (I DON'T KNOW,BUT AT LEAST ONE) FOR ANY OF THE CATEGORIES: 1, 2, 3, 4, 5 and 8, SKIP TO R2.

ELSE, ASK R16A.



**R16a.**

¿Usted tiene algún maestro, asistente de maestro o ayudante cuyo sueldo o salario se paga mediante una sola fuente de financiamiento del gobierno? Ejemplos de fuentes de financiamiento del gobierno incluyen preescolar estatal, Head Start/Early Head Start, preescolar local, programas de subsidio de cuidado de niños como CCDF o TANF, y Título I?

1. Sí
2. No → SKIP TO R17

**R16b.**

Para maestros, asistentes de maestro y ayudantes cuyo sueldo o salario se paga mediante una sola fuente de financiación del gobierno, ¿qué fuente de financiación del gobierno paga sus sueldos o salarios? (INTERVIEWER: CODE ALL MENTIONS)

1. PREESCOLAR ESTATAL
2. HEAD START, INCLUYENDO EARLY HEAD START
3. GOBIERNO LOCAL (POR EJEMPLO, PRE-K FINANCIAMIENTO DE LA JUNTA ESCOLAR LOCAL U OTRA AGENCIA LOCAL, SUBVENCIONES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD O DEL CONDADO)
4. CCDF O TANF
5. TÍTULO I
6. OTRO

**R17**

¿Hay algunas capacitaciones o apoyos de desarrollo profesional que se limitan solo a ciertos miembros del personal en función de la fuente de financiación de los niños con los que trabajan directamente, por ejemplo, niños financiados por Head Start o preescolar estatal?

1. SÍ
2. NO

**C12c.**

¿Algún organismo gubernamental que provee fondos para su programa...

	SÍ	NO
<b>C12c _1.</b> provee una subvención para respaldar su programa general?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>C12c _3.</b> establecen un contrato con usted para un número garantizado de niños?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>C12c _4.</b> le pagan por los vales o subsidios a niños elegibles específicos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**R2.**

¿Tiene algún niño a quien lo financie una organización comunitaria no gubernamental (por ejemplo, United Way, organizaciones benéficas locales u organizaciones religiosas)?

- 1  Sí
- 2  No → SKIP TO G3

**R3.**

¿A cuántos niños los financian organizaciones comunitarias no gubernamentales?

- \_\_\_\_\_ Menores de 3 años de edad  
 \_\_\_\_\_ De 3 a 5 años de edad, que no asistan a jardín de infantes  
 \_\_\_\_\_ En edad escolar

**G3.**

¿Recibe ingresos de alguna de las siguientes fuentes?

<b>Seccion de Ingresos</b>	<b>¿Recibe su programa algún ingreso de esta fuente?</b>
<b>G3a.</b> Matrículas y tarifas pagados por las familias - incluidos las tarifas de los padres y los aranceles adicionales pagados por los padres, como los aranceles de inscripción, los aranceles de transporte de los padres, los aranceles por recogida tardía o pago tardío.	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
<b>G3e.</b> Ingresos de organizaciones comunitarias u otras subvenciones (por ejemplo, United Way, organizaciones benéficas locales u otras organizaciones de servicio, sin incluir nada de lo que haya mencionado anteriormente)	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
<b>G3g.</b> Ingresos de actividades de recaudación de fondos, contribuciones de dinero en efectivo, regalos, legados, eventos especiales.	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
<b>G3i.</b> Otro ESPECIFICAR : _____ IF YES TO G3i, ASK G3_oth ELSE, SKIP TO G3j	1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

**G3\_oth.**

¿Qué otra fuente de ingresos recibe su programa? \_\_\_\_\_

**R4**

Al pensar en todo su presupuesto para brindar servicios de cuidado y educación a niños menores de 13 años, ¿cuál de las siguientes categorías describe mejor su programa?

1. No se reciben fondos públicos.
2. Se reciben mayormente fondos privados y menos del 33% (un tercio) de los ingresos son públicos.
3. Los fondos privados son más del 33% y los fondos públicos son más del 33%
4. Se reciben mayormente fondos públicos con menos del 33% de fondos privados
5. No se reciben fondos privados

**Skip Logic Box R\_S\_2:**

IF C12a RESPONSE OPTION 4>0 or C12a RESPONSE OPTION 4=-2, ASK R7

ELSE, SKIP TO R9

**R7.**

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

**R7a.** Pañales, fórmula láctea, refrigerios u otras tarifas de suministros

- 1  Sí
- 2  No

**R7b.** Copagos (copays) por subsidios para el cuidado de niños

- 1  Sí
- 2  No

**R7c.** Costo de matrícula por días u horas no cubiertas por el pago del subsidio

- 1  Sí
- 2  No

**R7d.** Tarifas o pagos además de los copagos para compensar las bajas tasas de reembolso de los subsidios

- 1  Sí
- 2  No

SKIP TO D21

**R9.**

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 →SKIP TO D21
- 2  No

**RE18\_SUB\_AWARE.**

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

1. Sí
2. NO → SKIP TO C14

**D21.**

¿Su programa ayuda a las familias a solicitar subsidios para el cuidado de niños?

1. Sí, para todas las familias que lo necesiten
2. Sí, para algunas familias que lo necesitan
3. No

**R21\_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:

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

**C14.**

¿Tiene su programa alguna relación formal o informal con otros programas o escuelas para compartir el acceso a recursos o a desarrollo profesional?

- 1  Sí
- 2  No

**R12.**

En 2023, ¿recibió su programa algún producto o servicio gratuito o de costo reducido relacionado con el desarrollo profesional, por ejemplo, servicios de capacitador o tarifas para que el personal asista a cursos?

- 1  Sí
- 2  No

**R13a.**

Desde junio de 2022, ¿ha recibido fondos que no sean subsidios/vales de una agencia estatal o federal destinados a estabilizar a los proveedores de cuidado de niños durante o después de la pandemia de COVID-19? Estos pueden incluir fondos de estabilización de cuidado de niños, dinero de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (American Rescue Plan Act, ARPA), dinero de alivio de COVID pagados desde junio de 2022 u otros fondos estatales o federales para ayudar a proveedores del cuidado de niños pequeños.

- 1. Sí
- 2. No
- 3. DK/REF

**R14.**

En el último año, ¿Su programa tuvo despidos de personal o recortes en salarios, beneficios u horas?

- 1. Sí
- 2. No

## Section D. Admissions/Marketing

### D1.

De enero a marzo de 2023, ¿a cuántos niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistieran a jardín de infantes, dejó de cuidar su programa? Incluya a los niños cuyos padres los retiraron del cuidado, así como los niños a quienes usted no quiso cuidar más. La cantidad aproximada que usted determine es suficiente.

Número de Niños  
RANGE: 0-999

### D2.

De enero a marzo de 2023, ¿aproximadamente a cuántos niños nuevos comenzó a cuidar su programa? Incluya a los niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistieran a jardín de infantes. La cantidad aproximada que usted determine es suficiente.

Número de Niños  
RANGE: 0-999

### D12.

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

- 1  Sí
- 2  No → SKIP TO D7
- 3  No sé → SKIP TO D7

### D12b.

¿Cuál es su clasificación actual en [NAME OF LOCAL STATE QRIS]? \_\_\_\_\_

### D13\_M.

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

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

### D7.

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

- 1  Sí
- 2  No
- 3  Se coloca a los niños en una lista de espera

### D14.

Durante el año pasado, ¿rechazaron a algún padre porque deseaba inscribir a un hijo con necesidades especiales y su programa no estaba preparado para satisfacerlas?

- 1  Sí
- 2  No

**D15\_M.**

En el año pasado, ¿usted o alguien en su programa le pidió a un padre o madre que recogiera al niño más temprano debido a problemas con su comportamiento (tales como golpear, patear, morder, hacer rabietas o desobedecer)?

- 1  Sí
- 2  No

**D8b\_M.**

En el año pasado, ¿usted o alguien en su programa le dijo a un padre o madre que ya no cuidaría a un niño debido a problemas con su comportamiento (tales como golpear, patear, morder, hacer rabietas o desobedecer)?

1. Sí
2. No

**D24.**

¿Su programa tiene pautas escritas para el personal sobre cómo abordar el comportamiento perturbador y agresivo en los niños?

1. Sí
2. No
3. NS/NEG

**D22b.**

¿Cómo elige su centro el currículo para las aulas que atienden principalmente a niños de 3 y 4 años? Por favor, seleccione uno.

1. No usamos un currículo en estas aulas
2. Seleccionamos un currículo para cumplir con los pautas de una agencia federal, estatal o local
3. Usamos un currículo seleccionado por nuestra organización
4. Creamos nuestro currículo para estas aulas
5. Elegimos un currículo basado en múltiples de estos y otros criterios
6. Ninguno de estos

**D19.**

¿Participa su programa 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

**D20\_M.**

¿Su programa tiene o tiene acceso a un consultor de salud, o a una enfermera quien pueda ayudar con nutrición, alergias u otros problemas relacionados con la salud física?

1. Sí
2. No

**D20\_A.** ¿Su programa tiene o tiene acceso a un consultor de salud mental que pueda ayudar con problemas de salud mental o comportamiento?

1. Sí
2. No

**D11.**

Las siguientes preguntas son sobre varios servicios que los niños y sus familias podrían necesitar, además de los ofrecimientos básicos de su programa.

<p><b>D11a.</b> ¿Está disponible lo siguiente en su programa en este sitio para los niños, incluso de otra organización? Chequeo de salud: ¿médico, dental, de la vista, auditivo o del habla?</p>	1 <input type="checkbox"/> Sí →		
	2 <input type="checkbox"/> No →	<p><b>D11a2.</b> ¿Provee su programa remisiones a este servicio?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>D11b.</b> ¿Está disponible lo siguiente en su programa en este sitio para los niños, incluso de otra organización?  Evaluaciones de desarrollo. Estas evaluaciones verifican si el niño está haciendo lo indicado con respecto a su estado físico, emocional o social.</p>	1 <input type="checkbox"/> Sí →		
	2 <input type="checkbox"/> No →	<p><b>D11b2.</b> ¿Provee su programa remisiones a este servicio?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>D11c.</b> ¿Está disponible lo siguiente en su programa en este sitio para los niños, incluso de otra organización?</p>	1 <input type="checkbox"/> Sí →		
	2 <input type="checkbox"/> No →	<p><b>D11c2.</b> ¿Provee su programa remisiones a este servicio? →</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2 <input type="checkbox"/> No</p>



Servicios terapéuticos tales como terapia del habla, terapia ocupacional o			
<del>D11d1.</del> ¿Está disponible el siguiente en su programa en este sitio para los niños, incluso de otra organización?	1 <input type="checkbox"/> Sí →		
Servicios de asesoramiento psicológico para los niños o los padres	2 <input type="checkbox"/> No →	<b>D11d2.</b> ¿Provee su programa remisiones a este servicio? →	1 <input type="checkbox"/> Sí  2 <input type="checkbox"/> No

**D25.**

¿Su programa utiliza un programa o software de computación, como un sistema electrónico de administración de cuidado de niños o un software de administración empresarial o financiera para gestionar inscripciones, pagos, registros de niños o registros del personal. Por favor, no incluya programas básicos de procesamiento de texto (como Microsoft Word) o de hojas de cálculo (como Microsoft Excel)?

1. Sí y el programa es específico para el cuidado de niños
2. Sí
3. No
4. DK/REF

## Section E. Staffing

### E1.

¿Cuál es la cantidad total de personal empleado en este lugar, en su programa, que trabaja directamente con niños de menos de 13 años de edad? Incluya a los trabajadores de tiempo completo y tiempo parcial, pero solo aquellos que trabajen en las actividades de cuidado y educación temprana, a las que nos estamos refiriendo en esta encuesta.

Número de Personal

RANGE: 0-999

### E4.

¿Cuál es la cantidad total de personal que no trabaja directamente con los niños? Incluya a los trabajadores, administradores, miembros del personal de apoyo, conductores y cocineros de tiempo completo y tiempo parcial, y a cualquier otra persona que trabaje en sus actividades de cuidado y educación temprana para niños de hasta 13 años de edad.

Número de Personal

-1 No lo sé, pero al menos un miembro del personal no trabaja con los niños directamente

### E1A.

A continuación, se detallan preguntas sobre el personal que trabaja directamente con los niños pequeños en su centro – niños de 5 años de edad o menores, que todavía no asistan a jardín de infantes. Coloque al personal que trabaje con niños pequeños en tres categorías: (1) ayudantes o asistentes de maestro, (2) maestros o maestros titulares, y (3) especialistas. Estas categorías pueden no ser los términos que se utilizan en su programa. Trate lo más posible de colocar al personal que trabaja directamente con los niños en una de estas tres categorías.

Primero, piense en los ayudantes o asistentes de maestro. ¿Cuántos ayudantes o asistentes de maestro trabajan con los niños pequeños en su programa?

\_\_\_\_\_ Número de ayudantes o asistentes de maestro

RANGE: 0-99

IF E1A > 0, ASK E1A1

ELSE, SKIP TO E1c.

### E1a1.

¿Cuántos de estos ayudantes o asistentes de maestro trabajan a tiempo completo?

\_\_\_\_\_ Número de ayudantes o asistentes de maestro

RANGE: 0-99

**E1c.**

¿Cuántos miembros de su personal, que trabajan con niños pequeños, son maestros o maestros titulares?

\_\_\_\_\_ Número de Personal

RANGE: 0-99

IF E1C > 0, ASK E1C1 ELSE, SKIP TO E1D.
--

**E1c1.**

¿Cuántos de estos maestros o maestros titulares trabajan a tiempo completo?

\_\_\_\_\_ Número de Personal

RANGE: 0-99

**E1d.**

¿Cuántos especialistas trabajan en su programa con niños pequeños, incluidos los especialistas en lenguaje, aquellos que cuidan a los niños con necesidades especiales o aquellos que enseñan inglés como segundo idioma?

\_\_\_\_\_ Número de especialistas

RANGE: 0-99

IF E1D > 0, ASK E1D1 ELSE, SKIP TO E2_M_a.
---

**E1d1**

¿Cuántos de estos especialistas trabajan a tiempo completo?

\_\_\_\_\_ Número de especialistas

RANGE: 0-99

**E2\_M\_a.**

Nuevamente, pensando solo en el personal que trabaja directamente con niños de 5 años y menores, que aún no están en kindergarten, ¿cuántos ayudantes o asistentes de maestro han dejado el programa en los últimos 12 meses?

\_\_\_\_\_ Número de ayudantes o asistentes de maestro .  
RANGE: 0-99

**E2\_M\_b.**

Nuevamente, pensando solo en el personal que trabaja directamente con niños de 5 años o menos, que aún no están en jardín de infantes, ¿Cuántos maestros o maestros titulares han dejado el programa en los últimos 12 meses?

\_\_\_\_\_ Número de maestros o maestros titulares  
RANGE: 0-99

**E8-INTRO\_asst.**

Por favor, cuéntenos sobre las calificaciones de los ayudantes y asistentes de maestro que trabajan directamente con niños de 5 años y menores, que aún no están en kindergarten.

**E8a\_asst.**

De los [E1a] ayudantes y asistentes de maestro, cuántos tienen un título universitario de 4 años o superior? No cuente aquellos que actualmente están en proceso de obtener un título de 4 años.

\_\_\_\_\_ Número de ayudantes y asistentes de maestro  
RANGE: 0-[E1a]

**E8b\_assit.**

De los [E1a] ayudantes y asistentes de maestro, ¿cuántos tienen una certificación de Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés) o una certificación o aprobación estatal para el cuidado y educación temprana de niños?

\_\_\_\_\_ Número de ayudantes y asistentes de maestro  
RANGE: 0-[E1a]

**E8-INTRO\_teach.**

Cuéntenos sobre las calificaciones de los maestros o maestros titulares que trabajan directamente con niños de 5 años o menores, que aún no están en jardín de infantes.

**E8a\_teach.**

De los [E1c] maestros y maestros titulares, cuántos tienen un título universitario de 4 años o superior?  
No cuente aquellos que actualmente están en proceso de obtener un título de 4 años.

\_\_\_\_\_ Número de maestros y maestros titulares.  
RANGE: 0- [E1c]

**E8b\_teach.**

De los [E1c] maestros y maestros titulares, ¿cuántos tienen una certificación de Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés) o una certificación o aprobación estatal para el cuidado y educación temprana de niños?

\_\_\_\_\_ Número de maestros y maestros titulares.  
RANGE: 0- [E1c]

**E11.**

¿Su programa ofrece aumentos de sueldo por obtener una nueva credencial o título?

1. SÍ
2. NO
3. NS/NEG

**E9.**

¿Tiene su programa actualmente algún puesto que haya estado disponible por más de un mes para un maestro titular, un maestro, un asistente de maestro o ayudante que trabajara con niños de 5 años o menores, que no están en kindergarten?

1. SÍ
2. NO → SKIP TO E6

**E10.**

Pensando en el puesto que ha estado disponible por más tiempo, ¿ha recibido algún candidato calificado para este puesto?

1. Sí, uno.
2. Sí, más que uno.
3. No, ninguno.

**E6**

¿Brinda alguno de los siguientes beneficios a sus maestros titulares, maestros, asistentes de maestro o ayudantes?

**Ea.** matrícula reducida a su programa?

1. Sí, solo para maestros titulares o maestros
2. Sí, proporcionado tanto a los maestros titulares o maestros como a los asistentes de maestro o ayudantes
3. No

**Eb.** un programa jubilatorio tal como pensión de jubilación, plan 401(k) o 403(b)

1. Sí, solo para maestros titulares o maestros
2. Sí, proporcionado tanto a los maestros titulares o maestros como a los asistentes de maestro o ayudantes
3. No

**Ec.** ¿seguro médico?

1. Sí, solo para maestros titulares o maestros
2. Sí, proporcionado tanto a los maestros titulares o maestros como a los asistentes de maestro o ayudantes
3. No

**E5.**

¿Brinda algo de lo siguiente a sus maestros, maestros titulares, asistentes de maestro o ayudantes?

	Sí, solo para maestros titulares y maestros	Sí, proporcionado tanto a los maestros titulares o maestros como a los asistentes de maestro o ayudantes	No
<b>E5a.</b> Financiación para participar en cursos universitarios o capacitación fuera del programa?			
<b>E5b.</b> Tiempo libre pagado para participar en cursos universitarios o capacitación fuera del programa?			
<b>E5d.</b> Mentores, instructores o asesores que visiten y trabajen con el personal en sus salones de clase?			
<b>E5e.</b> ¿Tiempo de planificación pagado sin otras responsabilidades?			

**E13.**

Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre ayudar al personal a participar en actividades de desarrollo profesional:

**E13a.** Tenemos fondos adecuados para que el personal participe en el desarrollo profesional.

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

**E13c.** Hay oportunidades adecuadas de desarrollo profesional disponibles en nuestra comunidad.

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

**E16.**

Califique las siguientes afirmaciones sobre cómo los maestros, asistentes de maestro y maestros auxiliares dan su opinión sobre su programa usando una escala de 1 a 4, donde 1 indica “completamente en desacuerdo” y 4 indica “completamente de acuerdo”.

	1. Completamente de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Completamente en desacuerdo
<b>E16a.</b> Los maestros, ayudantes, y asistentes de maestro están invitados a dar su opinión sobre los objetivos del programa que afectan a todos.				
<b>E16c.</b> Hay un proceso claro para que los maestros, ayudantes, y asistentes de maestro tengan voz en las decisiones que afectan su trabajo.				

**E7\_M.**

Estamos interesados en la experiencia del programa al realizar verificaciones de antecedentes requeridas para posibles empleados. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes afirmaciones?

	1. Completamente de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Completamente en desacuerdo	5. No corresponde.
<b>E7_M a.</b> El costo de las verificaciones de antecedentes o “background checks” es una carga financiera para mi programa					
<b>E7_M b.</b> Las verificaciones de antecedentes o “background checks” causan retrasos en mi capacidad para contratar a nuevo personal.					

**E7\_M\_e.**

¿Su programa cubre el costo total para que el personal obtenga las verificaciones de antecedentes “background check” requeridas?

1. Sí
2. No
3. No Corresponde



## Section F. Care Provided

*Start of F\_L\_1 Loop (\*FL1):*

REPEAT F13 UNTIL F13 =1 FOR THE SELECTED AGE GROUP FROM A10

### F13. \*FL1

[IF THE SELECTED AGE GROUP F1\_AGEGRP HAS A LOWER BOUND AGE OF 60 MONTHS OR MORE, ASK:]

¿Incluye el grupo de edad [F1\_AGEGRP {low} months to {high} months] a los niños que todavía no asistan a jardín de infantes?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  No sé

IF F13 = 2 OR 3, RETURN AND SELECT ANOTHER AGE GROUP FROM A10 AND ASK F13 FOR THE NEW GROUP. REPEAT UNTIL F13 = 1 FOR THE SELECTED GROUP.

*End of F\_L\_1 Loop (\*FL1):*

REPEAT F13 UNTIL F13 =1 FOR THE SELECTED AGE GROUP FROM A10

### F1\_INTRO:

A continuación, se presentan algunas preguntas detalladas sobre un grupo seleccionado al azar. Esto ayuda a reducir la cantidad de preguntas que necesitamos hacerle, pero aún así nos da una idea general de la gama de ofrecimientos que tienen los proveedores. Para su programa, se selecciona al azar el grupo de edad [F1\_AGEGRP {low} months to {high} months].

### F1.

¿Cuántos grupos o salones de clase de niños tiene usted en [F1\_AGEGRP] meses? Incluya todos los grupos en todos los programas o sesiones que ofrece para niños en [F1\_AGEGRP] meses. Con grupo o salón de clases queremos decir niños que estén juntos durante la mayor parte del [día/sesión] con un miembro del personal o grupo de miembros del personal asignado. Si los niños cambian de grupo frecuentemente durante el día, hábleme sobre sus grupos durante un período típico de actividades.

Número de grupos

RANGE: 0-20

**F2.**

¿Cuáles son los nombres de estos grupos o salones de clase?

Grupo de edad de A10\_M

1. _____ [F1_AGEGRP] _____ [F1_NUMGROUPS] número de grupos
<b>a1. ¿Cuáles son los nombres de estos grupos? F2_groupname1</b>
1.
2.
3.
4.

**Skip Logic Box F\_S\_1:**

Randomly select a group from F2

**F3.**

[RANDOMLY SELECTED CLASSROOM] se selecciona al azar. Luego, se presentan algunas preguntas detalladas sobre este grupo. No se preocupe si este grupo no es típico de su programa.

Nombre de  
Grupo

<b>F3a.</b> Primero, ¿cuántos años tiene el niño más pequeño en [CLASSROOM]?	_____ Años y _____ Meses
<b>F3b.</b> ¿Cuántos años tiene el niño mayor en [CLASSROOM]?	_____ Años y _____ Meses
<b>F3c.</b> ¿Cuántos niños están inscritos actualmente en [CLASSROOM]?	_____ Número de niños RANGE: 0-99
<b>F3d.</b> ¿Cuántas vacantes tiene actualmente en este salón de clases? IF NO LIMIT, ENTER 999. RANGE: 0-999	_____ Número de vacantes -2. No lo sé, al menos una vacante.
<b>F3f.</b> Durante el período más reciente de actividades, ¿cuántos maestros titulares o maestros estuvieron allí con este grupo?	_____ Número de maestros
<b>F3g.</b> Durante el período más reciente de actividades, ¿cuántos maestros auxiliares, asistentes de maestro o ayudantes estuvieron allí con este grupo?	_____ Número de maestros auxiliares, asistentes de maestro o ayudantes

<p><b>F3h.</b> Durante el período más reciente de actividades, ¿cuántos niños estuvieron allí en este grupo?</p>	<p>_____ Número de niños</p>
<p><b>Skip Logic Box F_S_2:</b> IF THE NUMBER OF CHILDREN REPORTED IN C12a RESPONSE CATEGORY 4 &gt;0 AND LESS THAN THE SUM OF ALL AGE GROUPS IN C1_1 ask F14, ELSE SKIP TO F_S_3</p> <p><b>F14.</b> ¿A cuántos niños en este salón de clases se financia con dólares (fondos) de subsidio para el cuidado de niños?</p>	<p>_____ Número de Niños</p> <p>-5 No lo sé, pero 75% o más -6. No lo sé, pero más del 50% -7. No lo sé, pero menos del 50%</p>
<p><b>Skip Logic Box F_S_3:</b> IF THE NUMBER OF CHILDREN REPORTED IN C12a RESPONSE CATEGORY 2 &gt;0 AND LESS THAN THE SUM OF ALL AGE GROUPS IN C1_1 ask F15, ELSE SKIP TO F_S_4</p> <p><b>F15.</b> ¿A cuántos niños en este salón de clases se financia con dólares (fondos) del programa Head Start o Early Head Start?</p>	<p>_____ Número de Niños</p> <p>-5 No lo sé, pero 75% o más -6. No lo sé, pero más del 50% -7. No lo sé, pero menos del 50%</p>
<p><b>Skip Logic Box F_S_4:</b> IF THE NUMBER OF CHILDREN REPORTED IN C12a RESPONSE CATEGORY 3 &gt;0 AND LESS THAN THE SUM OF ALL AGE GROUPS IN C1_1 ask F16, ELSE SKIP TO F_S_5</p> <p><b>F16.</b> ¿A cuántos niños en este salón de clases se financia con dólares (fondos) estatales o locales para el pre-jardín de infantes público?</p>	<p>_____ Número de Niños</p> <p>-5 No lo sé, pero 75% o más -6. No lo sé, pero más del 50% -7. No lo sé, pero menos del 50%_____</p>
<p><b>Skip Logic Box F_S_5:</b> IF R2 =1 OR G3A = 1 OR G3E = 1 OR G3G = 1, ASK F17 ELSE, SKIP TO F4</p> <p><b>F17.</b> ¿A cuántos niños en este salón de clases se financia solo con dólares (fondos) privados, tales como pagos de los padres o fondos de organizaciones comunitarias?</p>	<p>_____ Número de Niños</p> <p>-5 No lo sé, pero 75% o más -6. No lo sé, pero más del 50% -7. No lo sé, pero menos del 50%</p>

Start of F\_L\_2 Loop (\*FL2):  
REPEAT F4 AND F4N UNTIL F4N = 2 OR DK/REF

**F4. \*FL2**

A continuación, se presentan algunas preguntas sobre los miembros de su personal que trabajaron en este salón de clases la semana pasada. Incluyendo al personal en cualquier nivel, ¿cuáles son los nombres de los miembros del personal que trabajaron en este salón de clases la semana pasada? Si la semana pasada fue una semana de vacaciones o de otra manera inusual, informe sobre quién trabajó en este salón de clases durante la semana usual más reciente.

Ingrese el primer nombre del personal a continuación y seleccione "SIGUIENTE" para agregar nombres de personal adicionales."

**F4n. \*FL2**

¿Hay otro miembro del personal que trabaje en [NAME OF RANDOMLY SELECTED GROUP]?

Nuevamente, si la semana pasada fue una semana de vacaciones o de otra manera inusual, informe sobre quién trabajó en este salón de clases durante la semana usual más reciente.

1. Sí
2. No

*End of F\_L\_2 Loop (\*FL2):*  
REPEAT F4 AND F4N UNTIL F4N = 2 OR DK/REF

*Start of F\_L\_3 Loop (\*FL3):*  
ASK F4A - F4M FOR EACH STAFF MEMBER REPORTED IN F4

**F4a. \*FL3**

¿Cuál de lo siguiente describe mejor la función de [NAME] en su programa: maestro o instructor titular, maestro o instructor, maestro o instructor auxiliar, asistente de maestro u otra función?

- 1  MAESTRO TITULAR/INSTRUCTOR TITULAR
- 2  MAESTRO/INSTRUCTOR/ MAESTRO ADJUNTO/DIRECTOR
- 3  ASISTENTE DE MAESTRO/INSTRUCTOR AUXILIAR
- 4  AYUDANTE
- 5  ESPECIALISTA/PERSONAL NO EDUCACIONAL (ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_)

**F4d. \*FL3**

¿Aproximadamente cuántas horas trabajó [NAME] esa semana en este salón de clases?

\_\_\_\_\_ Horas por semana

RANGE: 0-999

-2. No lo sé, pero al menos 5 horas por semana.

**Skip Logic Box F\_S\_6:**

IF F4A= 1 - 4 AND F4D ≥ ASK F4G

ELSE, LOOP TO F4A FOR NEXT STAFF MEMBER REPORTED IN F4.

IF ALL STAFF MEMBERS HAVE BEEN ASKED ABOUT, SKIP TO F18.

**F4g. \*FL3**

¿Tiene [NAME] un título universitario de 2 años, un título universitario de 4 años o no tiene ningún título universitario?

- 1  2 AÑOS
- 2  4 AÑOS
- 3  NINGÚN TÍTULO

**F4o. \*FL3**

¿[NAME] tiene una certificación de Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés) y/o una certificación o aprobación estatal para el cuidado y la educación temprana de niños?

- 1. Sí
- 2. No

**F4m. \*FL3**

¿Cuánto se le paga a [NAME]?

\$ \_\_\_\_\_

por

- 1  hora
- 2  día
- 3  semana
- 4  mes
- 5  año
- 6  otro

RANGE: 0-99999

End of F\_L\_3 Loop (\*FL3):

ASK F4A - F4M FOR EACH STAFF MEMBER REPORTED IN F4

El resto de las preguntas son, una vez más, sobre su programa en general, no solo sobre un salón de clases específico.

**F18\_M.**

Durante los últimos 12 meses . . .

**F18\_Ma.** ¿ alguien visitó su programa para asegurarse de que estaba cumpliendo con los requisitos de salud y seguridad?

- 1  Sí
- 2  No

**F18\_Mb.** ¿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

## Section H. Respondent Characteristics and Selection of the Workforce

### H5.

Ahora tenemos algunas preguntas sobre usted. Para fines de clasificación, ¿cuál es su cargo?

- 1  Director
- 2  Director/maestro
- 3  Maestro titular
- 4  Otro (especifique: \_\_\_\_\_)

Name/initials	
<b>H11.</b> Considerando las siguientes funciones, ¿de qué es responsable usted en este centro? 1. Administración del personal 2. Administración de las operaciones o finanzas 3. Trabajo con los maestros y otros miembros de personal para mejorar la instrucción en sus salones de clase?	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
<b>H5c.</b> ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana trabaja habitualmente en este programa?	_____ RANGE: 0 TO 99
<b>H12.</b> ¿Aproximadamente cuántas de esas horas por semana cuida directamente a niños?	_____ RANGE 0-H5c
<b>H_G1.</b> Puede seleccionar más de una respuesta. ¿Es usted:	1. <input type="checkbox"/> Masculino? 2. <input type="checkbox"/> Femenino? 3. <input type="checkbox"/> Transgénero, no binario, u otro género?
<b>H5d.</b> ¿Cuál es su grupo étnico?	1 <input type="checkbox"/> Hispano o latino 2 <input type="checkbox"/> No hispano o latino
<b>H5e.</b> ¿Cuál es su raza? (Seleccione una o más.)	5 <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativa de Alaska 3 <input type="checkbox"/> Asiática 2 <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana 4 <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otra de las islas del Pacífico 1 <input type="checkbox"/> Blanca
<b>H5n.</b> ¿Tiene usted una certificación de Título Asociado en Desarrollo Infantil (CDA, por sus siglas en inglés) y/o una certificación o aprobación estatal para el cuidado y la educación temprana de niños?	1. Sí 2. No
<b>H5f.</b> ¿Tiene un título universitario de 2 años o un título universitario de 4 años?	1 <input type="checkbox"/> 2 AÑOS 2 <input type="checkbox"/> 4 AÑOS 3 <input type="checkbox"/> NINGÚN TÍTULO → SKIP TO H5j

Name/initials	
<p><b>H13.</b> ¿Cuál fue su carrera o campo de estudio en su título más reciente?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN PRIMARIA O ELEMENTA  2 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN ESPECIAL  3 <input type="checkbox"/> WF: DESARROLLO, PSICOLOGÍA INFANTIL O ESTUDIOS DE FAMILIA  4 <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN TEMPRANA O CUIDADO TEMPRANO O EN EDAD ESCOLAR  5 <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE NIÑOS  6 <input type="checkbox"/> NEGOCIOS, COMERCIO GENERAL  7 <input type="checkbox"/> OTRO</p>
<p><b>H5j.</b> ¿Por cuánto tiempo ha trabajado en su programa, desempeñándose en su función actual? RANGE: 0-99 Years</p>	<p>_____</p> <p>RANGE: 0-99 Años</p>
<p><b>H5l.</b> ¿Cuánto le pagan? La cantidad aproximada que usted determine es suficiente.</p>	<p>\$ _____</p> <p>RANGE: 0-999999</p> <p>per</p> <p>1 <input type="checkbox"/> hora  2 <input type="checkbox"/> día  3 <input type="checkbox"/> semana  4 <input type="checkbox"/> mes  5 <input type="checkbox"/> año  6 <input type="checkbox"/> otro</p>



## Selection of staff for the Workforce Survey

### H6.

Como ya sabe, es importante atraer y mantener miembros del personal de alta calidad para muchos programas de cuidado y educación temprana. Como parte de este estudio, estamos elaborando una descripción nacional de personas que trabajan en salones de clase de cuidado temprano. Además de la información que ha proporcionado sobre el personal en su programa, tenemos algunas preguntas que las personas solo pueden responder sobre sí mismas, tales como sus motivaciones para trabajar en este campo. Esta información ayudará a que los legisladores y profesionales entiendan los desafíos y las oportunidades de mejorar la fuerza de trabajo en la educación temprana y apoyar mejor a las personas que deseen trabajar con niños pequeños.

Usted ha indicado que las siguientes personas trabajaron, al menos 5 horas la semana pasada, en el salón de clases del que hemos hablado:

IF THERE ARE NO INDIVIDUALS THAT HAVE WORKED AT LEAST 5 HOURS, DISPLAY: Usted ha indicado que no hay ninguna persona que haya trabajado, al menos 5 horas la semana pasada, en el salón de clases del que hemos hablado. [BRING OVER LIST FROM F4]

---

---

---

---

### H6.

¿Hubo otra persona que también trabajó en ese salón de clases, durante por lo menos 5 horas la semana pasada, sin considerar su función?

1  SÍ

2  NO → GO TO H7

Start of H\_L\_1 Loop (\*HL1):  
ASK H6A1 - H6C, UNTIL H6C = 2 OR 3.

**H6a1. \*HL1**

¿Cuál es su nombre?

\_\_\_\_\_

**H6a2. \*HL1**

¿Es su función más bien la de asistente de maestro, maestro auxiliar, maestro/instructor o maestro titular?

- 1  Ayudante
- 2  Asistente de maestro
- 3  Maestro/instructor/maestro adjunto/director
- 4  Maestro titular
- 5  Especialista/personal no educacional (especifique)
- 6  DK/REF/NO ANSWER

**H6b. \*HL1**

¿Cuántas horas trabajó él o ella en ese salón de clases la semana pasada (o la semana usual más reciente)?

\_\_\_\_\_ Horas

**H6c. \*HL1**

¿Hubo alguien más que haya trabajado por lo menos 5 horas en el salón de clases, sin considerar su función?

- 1  Sí
- 2  No
- 3  DON'T KNOW/REFUSED/NO ANSWER

End of H\_L\_1 Loop (\*HL1):  
ASK H6A1 - H6C, UNTIL H6C = 2 OR 3.

Start of H\_L\_2 Loop (\*HL2):  
ASK H7 - H9b FOR EACH STAFF MEMBER RANDOMLY SELECTED, MAX OF 2.

**SELECTION OF WORKFORCE RESPONDENT:**

**H7. \*HL2**

[Xxx] ha sido seleccionado al azar para participar en esta encuesta sobre la fuerza de trabajo. ¿Cuál es su nombre completo para que podamos comunicarnos con él/ella?

(Provea el nombre del miembro seleccionado del personal. Si prefiere proveer un nombre y la última inicial u otra información que nos permita comunicarnos con el miembro seleccionado del personal, puede optar por hacerlo. Se utilizará esta información solo para comunicarse con el miembro seleccionado del personal, con el propósito de invitarlo a participar en la encuesta sobre la fuerza de trabajo.

El miembro seleccionado del personal también tendrá la opción de negarse a participar una vez que nos hayamos comunicado con él o ella.

El estudio de la fuerza de trabajo de la Encuesta Nacional de Cuidado y Educación Temprana (NSECE, por sus siglas en inglés) es sobre los trabajadores de el cuidado y educación temprana de la nación y es importante que se represente a todos los tipos de trabajadores.

Primer Nombre:

Apellido:

**H9a.**

¿Qué idioma(s) habla generalmente él/ella? Seleccione todo lo que corresponda.

- 1  Inglés
- 2  Español
- 3  Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)

**H9b. \*HL2**

¿Tiene él/ella un número telefónico o una dirección de correo electrónico en donde podamos comunicarnos con él/ella?

NÚMERO TELEFÓNICO:

CORREO ELECTRÓNICO:

*End of H\_L\_2 Loop (\*HL2):*

ASK H7 - H9b FOR EACH STAFF MEMBER RANDOMLY SELECTED, MAX OF 2.

IF FI IS CONDUCTING AN IN-PERSON INTERVIEW ASK A10.  
ELSE, SKIP TO THANK\_END.

**H10.**

Quisiera reunirme con él/ella para presentarme y presentar este estudio.

**THANK\_END.**

Esas son todas las preguntas que tenemos para usted el día de hoy.

PROCEED TO INCENTIVE PAYMENT SCREEN AND CONTACT INFORMATION UPDATE.

**CBX\_INCENTIVE.**

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Como muestra de agradecimiento, puede optar por recibir un código de regalo electrónico por \$25 que se enviaría por correo electrónico o solicitar una tarjeta de regalo por \$25 que se enviaría por correo postal. Seleccione su opción preferida a continuación y brinde la información de contacto necesaria.

[INTERVIEWER-ADMINISTERED:] ¿Preferiría recibir su muestra de agradecimiento por correo electrónico o postal?

1. Por correo electrónico → SKIP TO CBX\_INC\_EMAIL
2. Por correo → SKIP TO CBX\_INC\_MAIL
- 3 Ninguno → SKIP TO CBX\_CNTCT\_UPD

**CBX\_INC\_EMAIL**

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

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

Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

SKIP TO FUTURE CONTACT INFORMATION

**CBX\_INC\_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 un seguimiento con los proveedores de cuidado y educación de niños menores de 13 años nuevamente en el futuro y deseáramos que usted y su centro siguieran 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 la información de contacto de su centro a continuación.

[INTERVIEWER ADMINISTERED:] Me gustaría confirmar que tenemos la mejor información de contacto para su centro en nuestros registros.

[INFORMATION WILL BE PREFILLED FROM THE CASE MANAGEMENT SYSTEM]

Nombre del centro	[CENTER NAME]
Número de teléfono	[CENTER PHONE]
Tipo de teléfono	[LANDLINE/CELL]
Correo electrónico	[CENTER EMAIL]
Correo electrónico secundario	[CENTER EMAIL]
Domicilio	[CENTER ADDRESS 1]
	[CENTER ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]

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

[INTERVIEWER ADMINISTERED:] Me gustaría confirmar que tenemos la mejor información de contacto para su centro en nuestros registros.

[INFORMATION WILL BE PREFILLED FROM THE CASE MANAGEMENT SYSTEM]

Nombre del centro	[CENTER NAME]
Número de teléfono	[CENTER PHONE]
Tipo de teléfono	[LANDLINE/CELL]
Correo electrónico	[CENTER EMAIL]
Correo electrónico secundario	[CENTER EMAIL]
Domicilio	[CENTER ADDRESS 1]
	[CENTER ADDRESS 2]
Ciudad	[CITY]
Estado	[STATE]
Código postal	[ZIP]

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

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

[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]