

***CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION***

Building and Sustaining the Child Care and Early Education Workforce

DESCRIPTIVE STUDY

**Follow-up Home-based Owner and Caregiver Survey
Spanish Version**

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Términos utilizados en esta encuesta

(está disponible como nota al final de página en todas las páginas)

Piloto de Compensación para Hogares de Cuidado Infantil Familiar: La iniciativa piloto para hogares de cuidado infantil familiar que lleva a cabo el departamento de primera infancia de Colorado (CDEC).

Hogar de cuidado infantil familiar: El programa de cuidado infantil en el hogar o el negocio de cuidado infantil en el hogar que participa en el Piloto de compensación.

Proveedor de hogar de cuidado infantil familiar: La persona o personas propietarias de un hogar de cuidado infantil familiar; proporciona cuidado directo, supervisión y educación a los niños bajo su cuidado al menos el 60 % de las horas diarias de operación del hogar de cuidado infantil familiar; y es legalmente responsable del negocio.

Asistente/asistente de proveedor de hogar de cuidado infantil familiar: Una persona distinta del proveedor cuyas responsabilidades principales diarias incluyen el cuidado de niños en un hogar de cuidado infantil familiar.

Padre: El padre o tutor de un niño.

Director: Una persona que se desempeña como director del centro de educación y cuidado infantil con responsabilidades de supervisión del personal. Puede denominarse administrador del centro.

Profesor principal: Persona que está regularmente a cargo de un grupo o salón de clases de niños. A las personas en estas posiciones se les permite estar solas con niños sin apoyo ni supervisión adicional.

Profesor asistente: Una persona que está asignada regularmente a una sala en particular y que trabaja bajo la supervisión de un maestro principal; puede dirigir ciertas actividades (como proyectos de arte o lectura de cuentos) pero no tiene la responsabilidad exclusiva del salón de clases. Puede denominarse asistente, para profesional o asistente que trabaja bajo la supervisión de un maestro principal.

A lo largo de esta encuesta, utilizaremos los términos "cuidar a los niños", "atender a los niños" y "brindar cuidado infantil" indistintamente.

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Acerca de su hogar de cuidados familiares

Primero nos gustaría comenzar haciendo preguntas sobre su hogar de cuidado infantil familiar.

Como se llama su hogar de cuidado infantil familiar? _____

Cual es su numero de licencia de cuidado infantil? _____

En que mes y ano comenzó a operar a su hogar de cuidado infantil familiar?

Mes (1-12): _____

Ano: (1960-2024): _____

¿Qué fuentes de financiación para servicios de cuidado infantil, además del Programa de Asistencia para el Cuidado Infantil de Colorado (CCCAP), recibe actualmente? Seleccione todo lo que corresponda.

- Programa preescolar de Colorado (CPP)
- Programa de atención alimentaria a niños y adultos (CAFCP)
- Militar
- Head start/Early head start/Early Head Start-Child Care Partnerships (EHS-CCP)
- Pago privado de familias
- Programa preescolar local
- Subsidio de cuidado infantil local (por ejemplo, con un condado, como el Departamento de servicios humanos del condado)
- Preescolar universal (UPK) Colorado
- Organización comunitaria no gubernamental (por ejemplo, United Way, organizaciones benéficas locales u organizaciones religiosas)
- Otro (especifique): _____

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Prefiero no contestar
La situación financiera de mi hogar de cuidado infantil familiar es mejor que el año pasado en este momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi hogar de cuidado infantil familiar tenga suficiente dinero en el futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoy en día, por lo general puedo permitirme comprar las cosas que necesito para administrar mi hogar de cuidado infantil familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece que nunca hay suficiente dinero para comprar algo para mejorar mi hogar de cuidado infantil familiar, más allá de las necesidades básicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Diariamente, ¿qué tan seguro está de que tendrá suficiente dinero para continuar brindando cuidado infantil en su hogar a largo plazo?

- Nada seguro
- Un poco seguro
- Algo seguro
- Bastante seguro
- Extremadamente seguro

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

Número de personas que asisten: _____

Mencionó que una persona le ayudó a cuidar a los niños a su cargo la semana pasada. A continuación, le haremos 2 preguntas sobre este proveedor asistente de cuidado infantil familiar.

Dijo que $\${Q13/ChoiceTextEntryValue}$ personas le ayudaron a cuidar a los niños a su cargo la semana pasada. A continuación, le haremos 2 preguntas sobre cada uno de estos proveedores asistentes de cuidado infantil familiar.

Pensando en el cuidador familiar auxiliar # $\${lm://CurrentLoopNumber}$, ¿cuántas horas ayudó esta persona a cuidar de los niños a su cargo la semana pasada?

Horas trabajadas: _____

¿Paga regularmente a esta persona para que le ayude a cuidar a los niños a su cargo?

- Si
- No

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

¿Con qué frecuencia su hogar de cuidado infantil familiar tiene problemas relacionados con:

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre	No aplicable
¿No hay suficiente ayuda para cuidar a los niños/asistentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Contratación de ayuda(s) cualificada(s)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿No hay suficiente ayuda de otro tipo (por ejemplo, para cocinar, comprar juguetes o suministros)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Rotación de los cuidadores familiares asistentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Conflicto/confusión entre la financiación y otros requisitos normativos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Pensando en la contratación de ayudantes/proveedores familiares de cuidado infantil, ¿cuántos meses se tarda normalmente en cubrir un puesto vacante en su centro de cuidado infantil en el hogar?

- Menos de una semana
- De 1 a 2 semanas
- De 2 a 3 semanas
- De 3 a 4 semanas
- De 1 a 2 meses
- De 2 a 3 meses
- Más de 3 meses
- Otro (especifique:) _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que aceptar menos niños por no poder encontrar un cuidador o cuidadores familiares asistentes?

- Sí
- No

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Esta pregunta se refiere al tiempo que dedica a contratar e incorporar a un nuevo asistente de cuidado infantil en el hogar cuando hay un puesto vacante. ¿Cuántas horas dedica en total a cada una de las siguientes actividades cuando cubre un puesto? Una estimación está bien.

Horas dedicadas...

¿Actividades de marketing, publicidad y divulgación para puestos vacantes, como preparar descripciones de puestos o publicar descripciones en bolsas de trabajo?

¿Seleccionar y revisar las solicitudes de empleo y los currículos de los candidatos?

¿Programar y realizar entrevistas y comprobación de referencias y antecedentes de los candidatos?

¿Preparar y realizar la oferta de empleo?

¿Incorporar nuevos empleados, como comunicarse con los nuevos empleados antes de la fecha de inicio, dar la bienvenida a los nuevos empleados y la capacitación específica para cada función?

¿Proporcionar o encontrar formación/desarrollo profesional para garantizar que los nuevos empleados estén cualificados?

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Reduciría las horas de trabajo remuneradas de un asistente de cuidado infantil familiar cuando los niños están ausentes?

- Si
- No
- Otro (especifique:) _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

Su situación económica y su trabajo

La semana pasada, ¿tuvo más de un trabajo, incluido el trabajo a tiempo parcial y en fin de semana?

- Si
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

¿Cuántos trabajos tuvo la semana pasada?

El trabajo por cuenta propia o el trabajo temporal o “temporal” en el mismo campo cuentan como un trabajo.

- Número de trabajos: _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Con respecto a su trabajo en $\{e://Campo/HOMENAME\}$, ¿cuál es su función?

- Proveedor de servicios de cuidado infantil en el hogar
- Asistente de proveedor de hogar de cuidado infantil familiar
- Otro (especifique:) _____
- Prefiero no contestar

¿Cuándo empezó a trabajar en $\{e://Campo/HOMENAME\}$?

Mes:

- Enero
- Febrero
- Marzo
- Abril
- Mayo
- Junio
- Julio
- Agosto
- Septiembre
- Octubre
- Noviembre
- Diciembre
- No lo sé
- Prefiero no contestar

Año:

- 1980 o anterior
- No lo sé
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Incluyendo las horas extraS, ¿cuántas horas a la semana trabaja en
\${e://Campo/HOMENAME}?

Si su horario es irregular o variable, ¿cuántas horas trabajó la última semana que trabajó en este empleo?

- Número de horas: _____
- Más de 80 horas semanales
- No lo sé
- Prefiero no contestar

¿Cuál es su salario en {e://Campo/HOMENAME}, antes de impuestos? Incluya propinas, comisiones y el pago regular de horas extras.

Si su trabajo tiene un horario irregular o es por comisión, ¿cuánto gana en una semana normal?

- Cantidad (\$) _____
- Más de 50.000 dólares
- No lo sé
- Prefiero no contestar

Esto es:

- Por hora
- Diario
- Semanal
- Cada dos semanas
- Dos veces al mes
- Mensual
- Anual
- Por tarea
- Otro (especifique:) _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

***CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION***

Solo para confirmar, este valor era...

- Antes de impuestos
- Después de impuestos
- No lo sé
- Prefiero no contestar

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

¿Cuáles de las siguientes beneficios están a su disposición en $\{e://Campo/HOMENAME\}$ y ¿en cuáles participa o utiliza?

	Disponible y la utilizo	Disponible pero no la utilizo	No disponible en mi trabajo	No lo sé	Prefiero no contestar
¿Seguro de enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Días de enfermedad con sueldo completo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Vacaciones pagadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Festivos pagados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Permiso covid remunerado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beneficios odontológicas, ¿incluidas las que se ofrecen con costo para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Seguro oftalmológico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Jubilación o plan 401K?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado de niños gratuito/con descuento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros seguros (por ejemplo, seguro de vida, seguro de incapacidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

Inversión en cuentas de gastos flexibles o cuentas de ahorro médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recursos para el bienestar y la salud mental de los empleados (por ejemplo, inscripciones en gimnasios, asesoramiento y servicios de telesalud)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollo profesional (por ejemplo, tiempo de capacitación remunerado, tiempo de planificación remunerado, entrenadores)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Becas de capacitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportunidad de promoción profesional si obtengo un nuevo título/credencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reembolso de gastos varios (por ejemplo, kilometraje, suministros, refrigerios)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Bonificación (por ejemplo, primas de contratación o de retención)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros. Especifique:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre los niños a los que cuida

Ahora nos gustaría hacerle preguntas sobre las características de los niños a los que cuida actualmente.

En total, ¿cuántos niños cuidó la semana pasada?

Número de niños: _____

Además de los niños que acaba de mencionar, ¿a cuántos otros niños **suele** cuidar durante al menos cinco horas a la semana **que no cuidó la semana pasada?**

Número de niños: _____

En este momento, ¿para cuántos niños más estaría en disposición y en capacidad de cuidar regularmente?

Número de niño: _____

¿A cuántos niños suele cuidar en cada grupo de edad?

Bebés (de 0 a 18 meses): _____

Niños pequeños (de 19 a 35 meses): _____

Preescolares (de 3 a 5 años): _____

En edad escolar (a partir de 5 años): _____

De todos los niños que cuida habitualmente, ¿cuántos asisten a tiempo parcial y cuántos a tiempo completo?

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

A tiempo parcial (menos de 30 horas semanales)

Número de niños que asisten: _____

A tiempo completo (30 horas o más a la semana)

Número de niños que asisten: _____

¿Cuántos niños han abandonado su centro de cuidado infantil en los últimos tres meses?

Número de niños: _____

¿Cuántos niños se han incorporado a su centro de cuidado infantil en los últimos tres meses?

Número de niños: _____

Si su centro de cuidado infantil en el hogar ha recopilado información sobre la raza/etnia de los niños, indique cuántos niños a su cargo se identifican como...

- Hispano _____
- Negro _____
- Blanco _____
- Asiático _____
- Otros _____
- Origen racial mixto _____
- Nuestro centro no recoge esta información _____

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Con respecto a los niños que cuida...

	Todos/muchos	Algunos	Unos pocos	Ninguno	No lo sé	Prefiero no contestar
Pueden estar sufriendo inseguridad alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pueden estar sufriendo inseguridad en la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reciben un subsidio público reservado para familias de bajos ingresos para que asistan a su hogar de cuidado infantil familiar (por ejemplo, financiación Head Start, CCCAP, CPP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tienen un plan educativo individualizado (PEI), un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) y/o reciben servicios de intervención temprana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Vive en el mismo hogar con alguno de los niños que cuida habitualmente? No incluya niños de los que tenga la custodia.

- Si
- No

¿Cuántos de los niños que cuida habitualmente viven en su hogar? No incluya niños de los que tenga la custodia.

Número de niños: _____

***CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION***

¿Es usted familiar de alguno de los niños a los que cuida habitualmente (por ejemplo, su hijo, nieto, sobrino, primo u otro pariente consanguíneo)?

- Si
- No

¿Con cuántos niños de los que cuida habitualmente tiene parentesco?
Número de niños: _____

Piense en los niños a los que cuida pero con los que no tiene parentesco. ¿Tenía relaciones personales con alguna de sus familias antes de empezar a cuidar de ellos?

- Si
- No

¿Cuál es el número de niños con cuyas familias tenía una relación personal previa? No incluya los niños con los que esté emparentado.
Número de niños: _____

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

- Si
- No
- No lo sé

¿Cuántos de los niños que cuida tienen horarios que varían de una semana a otra?
Número de niños: _____

***CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION***

¿Permite que los padres paguen y utilicen un número variable de horas de cuidado a la semana?

- Sí, según su conveniencia
- Sí, a partir de un conjunto de opciones de horario
- Sí, más allá de un número mínimo de horas
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

¿Cuántos de los niños a su cargo tienen variación en el número de horas pagadas de cuidado cada semana?

Número de niños: _____

¿Le pagan por los días en que los niños tienen programado venir pero no lo hacen debido a enfermedad, vacaciones u otras razones personales fuera de su control?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

Los fines de semana, ¿se ocupa de niños con los que no tiene relación de parentesco o de los que no tiene la custodia?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Cuida niños con los que no es pariente o de los que no tiene la custodia entre las 7:00 p. m. y las 11:00 p. m. los días de semana?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

¿Cuida usted a otros niños además de los suyos entre las 11:00 p. m. y las 6:00 a. m. los días laborables (de lunes a viernes)?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

La última vez que enfermó, ¿qué arreglos hizo para los niños que normalmente cuida?
Seleccione todo lo que corresponda.

- Les dijo a los padres que no podía cuidar a los niños
- Hizo venir a alguien más a cuidar a los niños
- Envió a los niños a otro lugar
- Cuidó de los niños de todos modos
- Nunca se enferma
- Otra cosa: _____

¿Cuándo fue la última vez que no pudo cuidar a un niño porque usted tenía una enfermedad?
Mes (1-12): _____

Año (1980-2024): _____

Sobre sus antecedentes profesionales

Las siguientes preguntas se refieren a su trabajo actual cuidando niños.

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en \$ {e://Campo/HOMENAME}?

- Años: _____
- Prefiero no contestar

¿Cuántos años de experiencia remunerada tiene trabajando con niños menores de 6 años que no sean los suyos? Incluya cualquier experiencia remunerada en un centro o en el hogar (con o sin licencia), trabajo para familiares, incluyendo niñera, o experiencia remunerada que pueda tener de otro país.

- Años de experiencia: _____
- Prefiero no contestar

¿Cuántos años de experiencia tiene en la administración o dirección de un hogar de cuidado infantil familiar o de un programa de cuidado infantil o de educación temprana que atiende a niños menores de 6 años?

- Años de experiencia: _____
- Prefiero no contestar

Planes de trabajo futuros

En esta sección, nos gustaría saber más sobre sus planes de trabajo futuros.

Pensando en dentro de un año, es muy probable que mi centro de cuidado infantil esté abierto. ¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Pensando un año en el futuro, es muy probable que trabaje en $\{e://Campo/HOMENAME\}$.
¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

Pensando dos años en el futuro, es muy probable que mi centro de cuidado infantil esté abierto.
¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Pensando dos años en el futuro, es muy probable que trabaje en $\${e://Campo/HOMENAME}$.
¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

Pensando en el futuro, dentro de un año, es muy probable que trabaje en el campo del cuidado de niños y la educación infantil. ¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Pensando en el futuro, dentro de dos años, es muy probable que trabaje en el campo del cuidado de niños y la educación infantil. ¿Diría usted que está...

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo
- Prefiero no contestar

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?

- Grado 8 o inferior
- Algo de escuela secundaria, pero no recibió un GED ni un diploma de escuela secundaria
- Diploma de enseñanza secundaria o equivalente (GED)
- Algunos estudios universitarios o certificado de formación avanzada (CDA, etc.)
- Título técnico o de dos años
- Licenciatura o título de cuatro años
- Maestría
- Doctorado o título profesional (PhD, MD, JD, DDS, etc.)
- Otro (no enumerado) (especifique:) _____
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Alguno de sus títulos pertenece a las siguientes áreas? Marque todas las que correspondan.

- Educación infantil
- Educación especial infantil
- Desarrollo infantil y estudios familiares/desarrollo humano y relaciones familiares/estudios
- Administración y liderazgo
- Educación primaria
- Educación elemental especial
- Otro (no enumerado) (especifique:) _____
- Prefiero no contestar

Acerca de las exigencias y apoyos de su trabajo

La siguiente pregunta se refiere a las diferentes responsabilidades que puede tener en su trabajo.

Responda a las siguientes preguntas pensando en su hogar de cuidado infantil familiar.

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

Valore si está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Prefiero no contestar
A menudo me siento abrumado por el papeleo necesario para cumplir los distintos reglamentos y normas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo siento confusión por los requisitos necesarios para cumplir con diferentes reglamentos y normas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muchos de los requisitos y normas que cumple mi centro de cuidado infantil en el hogar no tienen sentido para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muchos de los requisitos y normas que cumple mi centro de cuidado infantil en el hogar son contradictorios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El hecho de tener que cumplir múltiples normas aumenta enormemente la carga administrativa de mi centro de cuidado infantil en el hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me resulta difícil hacer un seguimiento de las múltiples normas que debe cumplir mi centro de cuidado infantil en el hogar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Sentimientos sobre su trabajo

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente con su trabajo actual.

En general, ¿qué grado de satisfacción diría que tiene con su centro de cuidado infantil en el hogar? Diría que está...

- Insatisfecho
- Algo insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Algo satisfecho
- Satisfecho
- Prefiero no contestar

En general, ¿qué grado de satisfacción diría que tiene con su trabajo? Diría que está...

- Insatisfecho
- Algo insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Algo satisfecho
- Satisfecho
- Prefiero no contestar

En general, ¿qué tan estresado diría que está en relación con su trabajo?

- Muy estresado
- Moderadamente estresado
- Neutral
- No muy estresado
- Nada estresado
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Responda cómo se siente con respecto a lo siguiente.

¿Le satisfacen las prestaciones que le ofrece su empresa? ¿Diría que está...?

- Insatisfecho
- Algo insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Algo satisfecho
- Satisfecho
- No aplicable
- Prefiero no contestar

¿Cuál es su grado de satisfacción con su salario? ¿Diría que está...?

- Insatisfecho
- Algo insatisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Algo satisfecho
- Satisfecho
- Prefiero no contestar

En el último año, ¿ha solicitado un aumento de salario?

- Si
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Cuál fue la respuesta de su empresa?

- No me aumentaron el salario
- Me aumentaron el salario, pero no la cantidad que pedí
- Me aumentaron el salario en la cantidad que pedí
- Prefiero no contestar

Sobre su situación económica

Sabemos que los salarios y las prestaciones son una cuestión importante que afecta a los trabajadores de la atención y educación tempranas. Las siguientes preguntas sobre aspectos de su bienestar financiero se formulan para comprender mejor esta cuestión y orientar los esfuerzos para apoyar el bienestar económico de los proveedores y asistentes de cuidado infantil familiar.

Recuerde, todas las respuestas individuales a esta encuesta permanecerán privadas.

Incluyéndose, ¿cuántos adultos mayores de 18 años viven actualmente con usted? Incluya a todos los mayores de 18 años que vivan habitualmente con usted, es decir, que se queden con usted al menos dos noches a la semana, aunque en este momento estén fuera de casa.

- Número de adultos (incluido usted) (intervalo de 1 a 10): _____
- Prefiero no contestar

¿Cuántos niños menores de 18 años viven con usted? Incluya a sus hijos biológicos, adoptivos, de acogida, hijastros u otros hijos de quienes sea responsable.

- Número de niños (intervalo 0-10): _____
- Prefiero no contestar

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre los ingresos percibidos en su hogar por **todas** las personas que vivieron juntas en $\{e://Field/PRIORMONTH\}$. Incluya todos los ingresos de **todas** las personas que convivieron en su hogar al menos dos noches a la semana el mes pasado. Una vez más, ninguna de sus respuestas se comentará con nadie.

***CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION***

¿Trabaja algún otro adulto o niño que viva en su hogar de forma remunerada o por cuenta propia?

- Si
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

En el último mes, ¿recibió ingresos o ayuda de alguna de las siguientes fuentes?

	Si	No	Prefiero no contestar
Un trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad de ingreso suplementario (SSI o seguro de incapacidad del seguro social [SSDI])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia en efectivo o bienestar, como Colorado trabaja o ayuda general, sin incluir WIC o cupones de alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de asistencia para el cuidado infantil de Colorado (CCCAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro de desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indemnización por accidente laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cupones de alimentos/programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)/programa de alimentos suplementarios de productos básicos (CSFP, Commodity Supplemental Food Program)/programa de asistencia de alimentos de emergencia (TEFAP, The Emergency Food Assistance Program)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mujeres, bebés y niños (WIC, Women, Infants, Children)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia energética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vale de elección de vivienda, también conocido como sección 8 o vivienda pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestaciones para veteranos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutención infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra fuente gubernamental (especifique:)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

En el último mes, ¿recibió usted o algún miembro de su hogar ingresos o ayuda de alguna de las siguientes fuentes?

	Si	No	Prefiero no contestar
Un trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad de ingreso suplementario (SSI o seguro de incapacidad del seguro social [SSDI])	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia en efectivo o bienestar, como Colorado trabaja o ayuda general, sin incluir WIC o cupones de alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de asistencia para el cuidado infantil de Colorado (CCCAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguro de desempleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indemnización por accidente laboral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cupones de alimentos/programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program)/programa de alimentos suplementarios de productos básicos (CSFP, Commodity Supplemental Food Program)/programa de asistencia de alimentos de emergencia (TEFAP, The Emergency Food Assistance Program)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mujeres, bebés y niños (WIC, Women, Infants, Children)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistencia energética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vale de elección de vivienda, también conocido como sección 8 o vivienda pública	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prestaciones para veteranos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutención infantil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicaid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra fuente gubernamental (especifique:)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Qué tipo de seguro médico tiene actualmente? Responda incluso si su seguro médico no es proporcionado por su empleador.

- Seguro médico privado a través de su empleador
- Seguro médico privado a través de la bolsa de seguros médicos
- Ninguno/sin seguro
- Otro (especifique:) _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

En $\$ \{e://Field/PRIORMONTH\}$ ¿recibió dinero de alguna otra fuente, como renta de inquilinos, una pensión, otras prestaciones públicas o cualquier otro ingreso del que no hayamos hablado ya?

- Si
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

¿Cuáles fueron sus ingresos mensuales totales en $\$ \{e://Field/PRIORMONTH\}$? Incluya los ingresos procedentes de todas las fuentes que acaba de mencionar, más cualquier otro ingreso. Puede hacer su mejor cálculo.

- Importe \$ _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Puede ser difícil recordar o comunicar estas cifras, por lo que una aproximación está bien. ¿Cuáles fueron sus ingresos mensuales totales en $\{e://Field/PRIORMONTH\}$? ¿Diría que fueron...?

Incluya los ingresos procedentes de todas las fuentes que acaba de mencionar, más cualquier otro ingreso.

- 799 dólares o menos
- De 800 a 1.249 dólares
- De 1.250 a 1.699 dólares
- De 1.700 a 2.499 dólares
- De 2.500 a 3.499 dólares
- De 3.500 a 3.999 dólares
- De 4.000 a 4.999 dólares
- De 5.000 a 9.999 dólares
- 10.000 dólares o más
- No lo sé
- Prefiero no contestar

En $\{e://Field/PRIORMONTH\}$, ¿recibió usted u otra persona de su hogar dinero de alguna otra fuente, como renta de inquilinos, una pensión, otras prestaciones del gobierno o cualquier otro ingreso del que no hayamos hablado ya?

- Si
- No
- No lo sé
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

¿Cuáles fueron los ingresos mensuales totales suyos y de todas las personas que vivían juntas en su hogar en $\{e://Field/PRIORMONTH\}$? Incluya los ingresos procedentes de todas las fuentes que acaba de mencionar, más cualquier otro ingreso. Puede hacer su mejor cálculo.

- Importe \$ _____
- No lo sé
- Prefiero no contestar

Puede ser difícil recordar o comunicar estas cifras, por lo que una aproximación está bien.
¿Cuáles fueron los ingresos mensuales totales suyos y de todas las personas que vivían juntas en su hogar en $\{e://Field/PRIORMONTH\}$? ¿Diría que fueron...?

Incluya los ingresos procedentes de todas las fuentes que acaba de mencionar, más cualquier otro ingreso.

- 799 dólares o menos
- De 800 a 1.249 dólares
- De 1.250 a 1.699 dólares
- De 1.700 a 2.499 dólares
- De 2.500 a 3.499 dólares
- De 3.500 a 3.999 dólares
- De 4.000 a 4.999 dólares
- De 5.000 a 9.999 dólares
- 10.000 dólares o más
- No lo sé
- Prefiero no contestar

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

Suponga que tiene un gasto de emergencia de \$400 ¿Podría pagar este gasto ahora mismo utilizando dinero en efectivo o dinero en una cuenta corriente/de ahorro, o con una tarjeta de crédito que podría cancelar en el siguiente extracto?

- Si
- No
- Prefiero no contestar

En los últimos 12 meses...

	Si	No	Prefiero no contestar
¿Alguna vez redujo el tamaño de sus comidas o se saltó comidas porque no tenía suficiente dinero para comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez comió menos de lo que creía que debía comer porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no tenía suficiente dinero para comprar comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usted u otros adultos de su hogar redujeron alguna vez el tamaño de sus comidas o se saltaron comidas porque no había dinero suficiente para comprar alimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usted u otros adultos de su hogar comieron alguna vez menos de lo que creían que debían porque no había suficiente dinero para comprar comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez usted u otros adultos de su hogar pasaron hambre pero no comieron porque no tenían dinero suficiente para comprar comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Sobre cada uno de los siguientes enunciados, indique si para usted era a menudo cierto, a veces cierto o nunca cierto. En los últimos 12 meses...

	A menudo cierto	A veces es cierto	Nunca es cierto	Prefiero no contestar
Los alimentos que compraba no me duraban y no tenía dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podía permitirme comer alimentos balanceados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sobre cada uno de los siguientes enunciados, indique si era a menudo cierto, a veces cierto o nunca cierto para su hogar. En los últimos 12 meses...

	A menudo cierto	A veces es cierto	Nunca es cierto	Prefiero no contestar
Los alimentos que compramos no nos duraron y no teníamos dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No podíamos permitirnos comidas equilibradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Su salud y bienestar

Las siguientes preguntas se refieren a su salud y bienestar, incluido su bienestar físico y emocional, para comprender mejor cómo puede afectarles su trabajo. Todas las respuestas individuales se mantendrán en privado.

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

- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena
- Excelente
- Prefiero no contestar

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

A continuación encontrará una lista de las formas en que podría haberse sentido o comportado. Seleccione los círculos para indicar con qué frecuencia se ha sentido así en la última semana aproximadamente.

	Rara vez o en ningún momento	Algunas veces o durante pocos momentos (de 1 a 2 días)	Ocasionalmente o una cantidad moderada de tiempo (de 3 a 4 días)	La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (de 5 a 7 días)	Prefiero no contestar
Sentía que no podía librarme de la tristeza ni siquiera con la ayuda de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sueño era agitado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentía en soledad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentía triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No conseguía "ponerme en marcha".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...

	En ningún momento	Durante pocos momentos	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	Prefiero no contestar
¿con nervios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con desesperación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿con inquietud o intranquilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿tan deprimido que nada podía animarle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿que todo suponía un esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Inútil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

La siguiente serie de preguntas se utiliza para evaluar cómo se sienten los miembros del personal con respecto a su trabajo y sus reacciones ante el mismo. Lea atentamente cada enunciado y decida si alguna vez se siente así con respecto a su trabajo.

	Nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces por semana	Todos los días
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento agotado al final de la jornada laboral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento fatiga cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día de trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajar con gente todo el día es realmente agotador para mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me agota mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me frustra mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que me esfuerzo demasiado en mi trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabajar directamente con la gente me estresa demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento que estoy al límite de mis fuerzas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

Un poco más sobre usted

La última sección incluye preguntas sobre sus identidades y características personales

¿En qué año nació?

- Año: _____
- Prefiero no contestar

¿Su estado civil es...?

- Soltero, nunca se ha casado
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Prefiero no contestar

Es usted:

Seleccione todo lo que corresponda.

- Mujer
- Hombre
- Transgénero, no binario u otro género
- Prefiero no contestar

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino o español.
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, otro origen hispano, latino o español
- No sabe
- Prefiero no contestar

¿Cuál es su Raza? Seleccione una o más.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no contestar

**CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT
HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION**

¿En qué idiomas habla con fluidez, es decir, puede hablar o escribir con facilidad y precisión?
Seleccione todo lo que corresponda.

- Inglés
- Español
- Chino, incluidos mandarín y cantonés
- Vietnamita
- Alemán
- Francés
- Ruso
- Coreano
- Afroasiático, incluidos el amárico y el somalí
- Árabe
- No indicado (especifique:) _____
- Prefiero no contestar

¡Ya casi ha terminado!

Esas son todas las preguntas que tenemos para usted hoy.

CO FAMILY CHILD HOME CARE COMPENSATION PILOT HOME-BASED FOLLOW-UP SURVEY -SPANISH VERSION

INFORMACION SOBRE HONORARIOS

¡Muchas gracias por participar en el Programa Piloto de Compensación para Hogares de Cuidado Infantil Familiar en Colorado! Comuníquese con COSalaryStudy@mdrc.org si tiene alguna pregunta.

Recibirá 40 dólares de honorarios por su participación en esta encuesta. Háganos saber su preferencia para sus honorarios.

- Código de regalo por correo electrónico para una tarjeta de regalo.
- Preferiría no recibir honorarios.

Los proveedores y asistentes de proveedores que hayan completado la encuesta pueden recibir 1 hora en sus horas anuales de capacitación requeridas por la licencia de cuidado infantil. Proporcione a continuación su identificación de usuario del PDIS y el correo electrónico que usa para el PDIS. Su identificación y correo electrónico se enviarán al PDIS dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la recopilación de datos y se actualizarán sus horas de capacitación del PDIS. Tenga en cuenta que completar esta encuesta no contará para las horas de desarrollo profesional continuo para la Credencial profesional para la primera infancia (ECPC, Early Childhood Professional Credential).

Ingrese el ID de usuario del PDIS: _____

Ingrese el correo electrónico utilizado para el PDIS: _____