



NATIONAL SURVEY OF EARLY CARE & EDUCATION | 2024

# *Spanish Household Follow-up*

OMB Review Draft

## Consentimiento

Nos interesa hablar más con los padres de niños pequeños para que nos ayuden a entender cómo las familias usan y que piensan del cuidado para niños menores de 13 años. Este estudio está financiado por la Administración para Niños y Familias (ACF pos sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y realizado por NORC en la Universidad de Chicago. Su participación en este estudio ayudará a las agencias públicas y a los proveedores de cuidado de niños a comprender y apoyar mejor los servicios de cuidado que más se necesitan en su área.

Esta encuesta dura unos 20 minutos y su participación es voluntaria. Puede optar por no responder las preguntas que no desee responder o puede finalizar la encuesta en cualquier momento. Utilizamos sistemas informáticos, capacitación del personal del estudio y estrictos requisitos de acceso a datos para proteger su identidad y mantener la privacidad de sus respuestas. Para proteger mejor su privacidad, esta encuesta no contiene preguntas que requieran que divulgue información confidencial y privada sobre usted. Este estudio también tiene con 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 procedimientos judiciales. Sin embargo, debe comprender que tomaremos las medidas necesarias para evitar daños graves a los niños u otras personas, incluida la denuncia ante 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. Detalles que le podrían identificarlo como su nombre y direcciones se considerarán privados y solo el personal autorizado asociado con este estudio podrá acceder a ellos a los fines de investigación del estudio. El acceso a la información de identificación se otorga al personal autorizado únicamente cuando sea necesario. Los datos se conservarán con las medidas de seguridad adecuadas siempre que sean necesarios para lograr los objetivos del estudio y luego se destruirán de acuerdo con los calendarios de retención aprobados por ACF.

Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. El número de OMB para esta recopilación de información es 0970-0391 y la fecha de caducidad es 06/30/2026. Envíe comentarios sobre el tiempo necesario para esta encuesta, sus derechos acerca de su privacidad, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a: NORC at the University of Chicago, 55 E Monroe St, Ste 3000, Chicago, IL, 60603, Atención: A. Rupa Datta.

**IF INTERVIEWER-ADMINISTERED:**

Es posible que se graben partes de esta encuesta para 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
3. R DOES NOT CONSENT TO PARTICIPATE → BREAK OFF AND INQUIRE ABOUT ALTERNATE RESPONDENT

**IF SELF-ADMINISTERED:**

Ingrese numero de identificación y su PIN a continuación y luego haga clic en el botón "Continuar".

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.

4.

## Sección K. Composición del hogar y confirmación de elegibilidad

### K1a.Intro

En [INTERVIEW MONTH] de 2024, cuando su hogar participó en *la Encuesta Nacional de Cuidado y Educacion Temprana* (NSECE por sus siglas en inglés), nuestros registros muestran que habían [NUMBER OF individuals age 13 or older] personas de 13 años o más viviendo en el hogar y [NUMBER of individuals under age 13] personas menores de 13 años.

### K1d2

Por favor especifique el número de individuos en cada uno de los siguientes grupos de edad que viven actualmente en su hogar:

- a. Niños menores de 3 años: \_\_\_\_\_
- b. Niños de 3 a 5 años : \_\_\_\_\_
- c. Niños de 6 a 12 años: \_\_\_\_\_
- d. Niños de 13 a 17 años: \_\_\_\_\_
- e. Adultos de 18 años o mayores: \_\_\_\_\_

### K1CHECK

¿Puede confirmar que hay [total of children and adults from K1d2a+K1d2b+K1d2c+K1d2d+K1d2e] personas en su hogar?

1. Sí.
2. No. → RETURN to K1d2

If K1d2a OR K1d2b OR K1d2c >0 SKIP to K12.Intro, ELSE SKIP to K1CEND

### K12.Intro

Para partes de esta encuesta, nos enfocaremos en [el niño/la niña] nacido/a [Month/Year of FOCAL CHILD].

¿Este/a niño/a vive en su hogar actualmente?

- 1 Sí →SKIP to K12b
- 2 No

### K1b.

Había otros niños menores de 13 años en el hogar en el momento de la entrevista anterior. Indique si cada uno de estos niños menores de 13 años vive en su hogar actualmente. S/N para cada uno..

| NIÑOS:GÉNERO-<br>MES/AÑO DE<br>NACIMIENTO (SI HAY<br>DUPLICADOS SOLICITAR | Sí. | No. |
|---|-----|-----|
|   |     |     |

|            |  |  |
|------------|--|--|
| INICIALES) |  |  |
| [HHC1]     |  |  |
| [HHC2]     |  |  |
| [HHC3]     |  |  |
| [HHC4]     |  |  |
| [HHC5]     |  |  |

If FOCAL CHILD is not in current HH, randomly select child <9 from K1b. If none <9 select child <13. This is FOCAL CHILD moving forward.

If K1b = No for all children SKIP to Instructions before K2d3, ELSE SKIP to K12b

If K1d2a+ K1d2b + K1d2c =0 SKIP to K1Cend, ELSE Skip to K1d3

If HH is only part of Individual Paid Arrangement Sample, SKIP to K1d2c.

### K1d3

Pensando en los niños menores de 13 años que viven en su hogar actual, identifique al niño que cumplió años más recientemente. Nos enfocaremos en este niño para algunas preguntas de esta entrevista. Por favor registre alguna información sobre el niño a continuación.

1. En este hogar, no viven niños menores de 13 años.

| Iniciales del nuevo niño | GÉNERO | MES/AÑO de nacimiento |
|--------------------------|--------|-----------------------|
| [HHnC1]                  |        |                       |

If K1d3 BOX 1 checked, Skip to K1Cend ELSE SKIP to K12b.

### K1cEND

Nos gustaría obtener información adicional sobre los recursos para el cuidado de los niños y el trabajo o las disposiciones laborales de las personas que viven en ese hogar que completaron el 2024 NSECE el [INTERVIEW MONTH] de 2024. Un entrevistador profesional de NORC se comunicará con usted con alguna pregunta adicional que podamos tener. Le agradecemos el tiempo que nos ha dedicado hoy.

**[TERMINATE INTERVIEW]**

**K12b.**

Por favor indique el nombre o las iniciales para nacido/a

**A2f**

¿Qué relación tiene este niño /esta niña con usted?

1. Hijo/a (biológico/a o adoptado/a)
2. Hijastro/a
3. Hermano/a
4. Nieto/a
5. Hijo/a de crianza (*foster child*)
6. Otro pariente (p.ej., sobrino/a)
7. Otro no relacionado
8. DK/REF

**K\_A2F1.**

¿Hay otro adulto en este hogar que sea el padre o la figura paterna de [FOCAL CHILD]?

1. Sí
2. No

**K1d2c.**

¿Algún adulto en este hogar es su cónyuge o pareja?

1. Sí.
2. No.

**K\_D1A. \*DL1**

La semana pasada, ¿usted trabajó en un trabajo **con paga**?

Tenga en cuenta el trabajo independiente, en el servicio militar, en un negocio de la familia **aun si usted no recibió ninguna paga**, además del trabajo en un negocio o granja (suyo/a).

1. Sí
2. NO→SKIP to K\_D1B. \*DL1

**K13a.**

¿Cuántas horas trabajo usted la semana pasada?

\_\_\_\_\_ horas

**K10b.WFH\_1**

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su lugar de trabajo actual?

1. Trabajo sólo en casa → SKIP TO K10c.WFH\_4
2. Trabajo sólo en lugar(es) de trabajo fuera de casa → SKIP to INSTRUCTION ABOVE  
K\_D1A\_PARTNER
3. Trabajo tanto en casa como en lugar(es) de trabajo fuera de casa → SKIP TO K10c.WFH\_4

**K10c.WFH\_4**

¿Cuántas horas en total trabajó usted desde casa la semana pasada?

\_\_\_\_\_ horas

SKIP to INSTRUCTION ABOVE K\_D1A\_Partner.\*DL1

**K\_D1B. \*DL1**

La semana pasada, ¿asistió a clases usted en una escuela media superior (es decir, “high school”), un centro de estudios superiores (es decir, “college”) o una universidad?

1. SÍ, ASISTIÓ
2. NO, NO ASISTIÓ

**K\_D1C. \*DL1**

Aparte de la escuela media superior (es decir, “high school”), centro de estudios superiores (es decir, “college”) o universidad, ¿asistió usted la semana pasada a cursos o programas de capacitación destinados a asistir a los participantes a buscar trabajo, mejorar sus destrezas laborales o aprender un nuevo trabajo?

1. SÍ, EN CAPACITACIÓN
2. NO, NO EN CAPACITACIÓN

IF R HAS SPOUSE/PARTNER IN HH (K1D2C=1), ASK K1\_D1A\_Partner. Else SKIP to K11 if K1d2c ≠ 1.

**K\_D1A\_Partner. \*DL1**

La semana pasada, ¿su cónyuge/pareja trabajó en un trabajo con paga?

Tenga en cuenta el trabajo independiente, en el servicio militar, en un negocio de la familia aun si (él/ella) no recibió ninguna paga, además del trabajo en un negocio o granja (de él o ella).

1. Sí
2. No → SKIP to K\_D1B\_Partner

**K13a\_Partner.**

¿Cuántas horas trabajó su cónyuge/pareja la semana pasada?

\_\_\_\_\_ horas

**K10b.WFH\_1\_PARTNER**

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar de trabajo actual de su cónyuge/pareja?

1. Trabaja sólo en casa → ASK K10c.WFH\_4\_PARTNER
2. Trabaja sólo en lugar(es) de trabajo fuera de casa → SKIP TO K11
3. Trabaja tanto en casa como en lugar(es) de trabajo fuera de casa → ASK

K10c.WFH\_4\_PARTNER

**K10c.WFH\_4\_PARTNER**

¿Cuántas horas en total trabajó su cónyuge/pareja desde casa la semana pasada?

\_\_\_\_\_ horas

SKIP TO K11

**K\_D1B\_Partner. \*DL1**

La semana pasada, ¿asistió a clases el/ella en una escuela media superior (es decir, “high school”), un centro de estudios superiores (es decir, “college”) o una universidad?

1. SÍ, ASISTIÓ → SKIP TO K11
2. NO, NO ASISTIÓ

**K\_D1C\_Partner. \*DL1**

Aparte de la escuela media superior (es decir, “high school”), centro de estudios superiores (es decir, “college”) o universidad, ¿asistió (él/ella) la semana pasada a cursos o programas de capacitación destinados a asistir a los participantes a buscar trabajo, mejorar sus destrezas laborales o aprender un nuevo trabajo?

- 1 SÍ, EN CAPACITACIÓN



**K11.**

Piense en los horarios de trabajo/escuela/curso de entrenamiento y el tiempo de viaje al trabajo/escuela/curso de entrenamiento de la semana pasada, suyos if K1d2c.=1 “y los de su cónyuge o pareja”.

¿Cuántas horas a la semana if K1d2c.=1 “están usted y su cónyuge o pareja” if K1d2c.=2 “está usted” en el trabajo/la escuela/un curso de entrenamiento o viajando a ellos if K1d2c.=1 “al mismo tiempo”?

\_\_\_\_\_ horas en total

If no regular ECE arrangements from 2024 Spring interview, SKIP to section M.

## Sección L. Estado de los arreglos regulares de educación temprana según la entrevista principal

**L0.**

Nos gustaría actualizar el estado de los arreglos de cuidado para el niño/la niña o los niños en su hogar para el [REFERENCE MONTH] de 2024. Cuando recopilamos esta información, incluimos cualquier momento en que un niño estuvo con alguien durante al menos 5 horas a la semana cuando no estaba con sus padres. Esto incluye profesionales de cuidado (en centros o en el hogar de alguien), programas antes de entrar y después de salir de la escuela, niñeras, cuidado de familiares y amigos, citas para jugar y otras actividades habituales como programas de tutoría, deportes o lecciones de música o baile.

Arrangement Loop S\_L\_1:

ASK L1a\_x- C21\_X FOR ALL OF [HHCX]'S REGULAR ARRANGEMENTS

**L1a\_x**

En [REFERENCE MONTH], registramos que su [niño/niña] nacido/a en [MONTH OF BIRTH] recibió cuidado [TYPE OF CARE] por al menos 5 horas cada semana.

¿Puede informarnos sobre este cuidado?

1. Puedo dar una actualización
2. No puedo dar una actualización → SKIP to beginning of Loop S\_L\_1

Posibles reemplazos de [TYPE OF CARE]

- a. Por una persona (que no recibía pago por cuidarlo/a)

- b. Por una persona (que recibía pago por cuidarlo/a)
- c. Por una organización que ofrece cuidado sin cita previa, una sola actividad, o cuidado antes/después de la escuela
- d. Por una organización como un centro preescolar, Head Start u otro centro de cuidado de niños.

**L1b\_X.**

¿Este niño/a todavía recibe cuidado al menos 5 horas a la semana con esa (persona/organización)?

- 1. Sí. → SKIP to L.4a.\_x. X J1\_E1
- 2. No

**L2\_X.**

Piense en la última semana en que este niño/esta niña recibió cuidado de ese proveedor al menos 5 horas. ¿Cuándo fue eso?

\_\_\_dia \_\_\_mes

**L3a\_x.**

¿Cuál es la razón principal por la que su niño/niña dejó de recibir cuidado de esa (persona/organización) al menos 5 horas a la semana?

---

**For FI Administration:**

- 1. El cuidado no cubría mi horario de trabajo/escuela
- 2. No estaba satisfecho con el cuidado
- 3. Quería reducir los gastos de cuidado
- 4. El proveedor dejó de brindar cuidado
- 5. El niño ya no es elegible para el cuidado anterior (p. ej., edad mayor o vacaciones de verano)
- 6. Quería un nuevo tipo de lugar para el cuidado del niño
- 7. El niño/ la niña volvió a ser elegible para otro tipo de cuidado (por ejemplo, Head Start, programa público de preescolar)
- 8. El subsidio terminó
- 9. Ya no era elegible debido a la falta de ingresos
- 10. El proveedor le pidió a mi niño/a que “se tomara un descanso” o dejara el cuidado, ya sea de forma permanente o temporal

|   |
|---|
| If L3a_X=1-9 Skip to instructions before L4a_X. J1_E1 |
|---|

**C21\_X.**

¿Cuál fue la razón principal que le dieron?

1. El proveedor no podía manejar el comportamiento del niño/de la niña hacia otros niños o adultos.
2. El proveedor no podía satisfacer las necesidades de salud o de cuidado física del niño/ de la niña.
3. El proveedor no podía satisfacer las necesidades de desarrollo del niño/ de la niña.
4. El niño/la niña no se adaptaba emocionalmente-- lloró o tuvo ansiedad por separación.
5. Otra, especificar: \_\_\_\_\_

End Arrangement Loop S\_L\_1:

If the Arrangement previously involved help paying for care or if they said 'anyone else paid' in 2024 SPRING, show L4\_X.J1\_E1, ELSE Skip to Section M.

Start Arrangement Loop S\_L\_2:

ASK L1a\_x- L4c\_X. J13 FOR ALL OF [FOCAL CHILD]'S REGULAR ARRANGEMENTS where someone other than parent/guardian paid for care.

### **L4a\_x. J1\_E1**

¿Paga usted algo directamente a [PROVIDER NAME] por el cuidado de este niño/esta niña? Por favor, incluya todos los pagos que hace a [PROVIDER NAME] aunque luego se le reembolsen.

1. Sí.
2. No.

### **L4b\_x. J3\_E2**

¿Alguna persona o programa IF L4a\_x = 1 THEN ADD: [también] le paga a [PROVIDER NAME] por el cuidado de [CHILD\_X]? Incluya los pagos o reembolsos que le llegan directamente a el proveedor o directamente a usted.

1. Sí.
2. No → SKIP TO SECTION M

### **L4c\_x. J13**

¿Quién realiza estos pagos o reembolsos? (Si hay más de uno, seleccione el pagador que cubra el monto más alto).

1. Una agencia gubernamental, como la asistencia social o welfare, los servicios de empleo, el desarrollo de niños pequeños, subsidios para la educación o cuidado de niños.
2. Una organización no gubernamental, como un grupo comunitario o una institución religiosa.
3. El padre o madre del niño/de la niña que vive fuera de este hogar.

4. Otro familiar o amigo.
5. Un empleador.
6. Otro.

End of Arrangement Loop S\_L\_2

## Sección M. Búsqueda y selección de cuidado no parental para el otoño de 2024

If HH is only in Individual Paid Arrangement Sample SKIP to Section P

### **M\_Intro.**

Las siguientes preguntas son sobre las opciones de cuidado para el niño/la niña [FOCAL CHILD].

### **M4Intro.**

Además de los padres del niño, un niño puede ser cuidado por otros adultos en el hogar, por parientes o amigos fuera del hogar, o por un profesional de cuidado o educación temprana en un centro o en un hogar.

### **M4.**

¿Cuánto diría que sabe sobre el cuidado de niños en su zona? Diría que...

1. sé mucho sobre el cuidado de niños en mi zona.
2. sé algo sobre el cuidado de niños en mi zona.
3. sé muy poco sobre el cuidado de niños en mi zona.

### **M5a**

A veces, los niños pueden participar en programas de cuidado y educación gratuitamente. Los padres no tienen que pagar por estos programas. Estos programas no están disponibles en todas las comunidades ni para todas las familias.

¿Conoce algún programa de educación y cuidado de la edad temprana en el que su niño/a [FOCAL CHILD] pueda participar gratuitamente? No incluya a sus amigos, familiares o vecinos que estarían dispuestos a cuidar a su niño/a debido a su relación con ellos.

1. Sí.
2. No. → SKIP to M6.INTRO

**M5b.**

¿Dónde obtuvo información sobre un programa al que su niño/a [FOCAL CHILD] podría asistir de forma gratuita?

- a. Leyó en línea o en materiales impresos.
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- b. Escuchó o vio algo, por ejemplo, en la televisión o en sus actividades diarias.
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- c. Le preguntó a un profesional que conoce, como un pediatra, un asistente social, un maestro.
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- d. Le preguntó a amigos, familiares u otras personas que conoce.
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- e. Habló con alguien en una agencia local o en un evento para familias.
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- f. Le preguntó a personas que no conoce (por ejemplo, a través de las redes sociales o en su comunidad)
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- g. Visitó un programa o habló con el personal del programa.
  - 1. Sí.
  - 2. No.

**M.11.HH10\_Q10.**

Por lo que usted sabe, existe algún programa al que [FOCAL CHILD] pueda asistir de forma gratuita que...

|   | 1. Sí. | 2. No. | 3. No sé o No corresponde |
|---|--------|--------|---------------------------|
| <b>a.</b> tenga vacantes o disponibilidad.  |        |        |                           |
| <b>b.</b> pueda satisfacer las necesidades de salud de su niño/a .  |        |        |                           |
| <b>b1.</b> pueda satisfacer las necesidades relacionadas con una discapacidad física o de otro tipo de su |        |        |                           |

|  | 1. Sí. | 2. No. | 3. No sé o No corresponde |
|--|--------|--------|---------------------------|
| niño/a.  |        |        |                           |
| c. Pueda ofrecerle las horas que necesita cuando las necesita.                         |        |        |                           |
| d. refleje los antecedentes culturales de su familia o que hable su su idioma materno. |        |        |                           |
| e. cree que ayudaría a su niño a aprender y desarrollarse.                             |        |        |                           |
| f. esté en una ubicación geográfica conveniente para usted.                            |        |        |                           |
| g. funcionaría para toda su familia.   |        |        |                           |

### **M6\_INTRO.**

IF not School age: Tenemos algunas preguntas sobre cómo decidió quién cuidaría de [FOCAL CHILD] el pasado otoño de 2024.

IF School age: Tenemos algunas preguntas sobre cómo decidió donde estaría su niño/niña cuando no estaba con sus padres el pasado otoño de 2024. En las siguientes preguntas nos referimos a esto como 'cuidado'

### **M9a.**

¿Consideró utilizar algún otro cuidado para [FOCAL CHILD] durante el otoño de 2024 que no utilizó en la primavera de 2024? **IF SA ONLY: "Incluya cualquier actividad en la que un niño participaría 5 horas o más por semana, programas de tutoría después de la escuela, deportes o lecciones de música o baile, citas de juego o niñeras."**

1. Sí
2. No → SKIP TO SECTION N

### **F2.**

¿En qué año y mes consideró utilizar otros cuidados?

MONTH: \_\_\_\_\_

Range: 1-12, 99

-4. DK/REF

YEAR: \_\_\_\_\_

Range: 99, 1990-2024

-4. DK/REF

### **M10.F3**

¿Cuál fue el motivo principal por el cual buscaba cuidado de niños para el otoño de 2024?

---

**For FI Administration:**

1. Para poder trabajar/cambio en el horario de trabajo.
2. Para enriquecer las oportunidades educativas o sociales del niño/a.
3. A fin de obtener un descanso.
4. Para cubrir el tiempo que no puede cubrir mi proveedor principal o antes/después del horario escolar
5. No estaba satisfecho/a con el cuidado que recibía.
6. Quería reducir los gastos de cuidado de niños.
7. El proveedor dejó de dar cuidado de niños.
8. El niño dejó de ser elegible para el cuidado previo (p.ej., debido a su edad o vacaciones de verano).
9. Para que yo o mi cónyuge pudiéramos ir a la escuela o cambio en mi/ su horario escolar.
10. Otro. (Especifique) \_\_\_\_\_
11. No sé/me niego a responder

**M10.NSH.**

Cuando estaba considerando el cuidado para su niño/niña en el otoño de 2024, ¿buscaba algún cuidado los fines de semana, entre semana en las mañanas antes de las 8 a.m. o en las tardes entre semana después de las 6 p.m.?

1. Si
2. No

**M1.F5.**

Para el otoño de 2024, ¿consideró más de un proveedor o consideró solo uno? Cuento a los proveedores sobre quienes preguntó, leyó o con quienes habló, aun si no los consideró seriamente en su decisión.

1. Consideré más de un proveedor.
2. Consideré un solo proveedor.

**M1.F7.**

¿Cuáles fueron las dos formas principales que supo sobre los proveedores a considerar para el otoño de 2024?

1. Le pregunté a amistades y familiares con niños.
2. Le pregunté a los proveedores que ya conocía.
3. Le pregunté a un proveedor de atención médica, un miembro del clero u otro profesional.

4. Utilicé las redes sociales para informarme sobre proveedores, de personas a quienes no conozco bien.
5. Consulté a una agencia de recursos y referencias o a una organización comunitaria local que ayuda a los padres a encontrar servicios de cuidado de niños.
6. Publiqué un anuncio o respondí a un anuncio.
7. Utilicé guías telefónicas en línea o impresas para buscar proveedores de cuidado de niños.
8. Obtuve ayuda de un asistente social de los servicios de asistencia pública o servicios sociales.
9. Otra. (Especifique)\_\_\_\_\_

**M17a.**

¿Llamó o visitó a algún proveedor?

- 1 Sí.
- 2 No.

**M12**

¿Cuánto tiempo tuvo para considerar opciones antes de tomar una decisión sobre el cuidado de [FOCAL CHILD]?

- 1 Tuve una semana para decidir sobre su cuidado.
- 2 Tuve de 1 a 4 semanas para decidir sobre su cuidado.
- 3 Tuve al menos un mes para decidir sobre su cuidado.

IF M5A=1 R AWARE OF FREE PROGRAM, ASK M8, ELSE SKIP TO INSTRUCTION ABOVE F10

**M8.**

¿consideró algún programa de cuidado y educación de niños en el que su niño pueda participar de forma gratuita?

1. Sí
2. No

IF M1.F5=2 ONLY ONE PROVIDER CONSIDERED, SKIP TO M10.F16

**F10.**

¿Consideró otros centros u organizaciones [de cuidado y educación ] para niños [en edad escolar] como parte de su búsqueda?

- 1 Sí.
- 2 No.

**F11.**



¿Consideró pedirle a alguien que conoce que cuide a su niño/niña, por ejemplo, un familiar, un amigo o un vecino?

1. Sí.
2. No.

**F12.**

¿Consideró a alguien que ofrece cuidado de niños en el hogar, pero que no conocía antes?

1. Sí.
2. No.

**M10.F16**

Cuando estaba considerando diferentes cuidados para su niño este otoño, cuán difícil fue encontrar un proveedor...

|  | (1) <i>Muy difícil;</i> | (2) <i>Moderadamente difícil;</i> | (3) <i>Levemente difícil;</i> | (4) <i>Para nada difícil.</i> |                    |
|--|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| a. con vacantes o disponibilidad.  |                         |                                   |                               |                               |                    |
| b. que pueda satisfacer las necesidades de salud de su niño /niña.   |                         |                                   |                               |                               | (5) No corresponde |
| b1. que pueda satisfacer las necesidades relacionadas con una discapacidad física o de otro tipo de su niño/niña . |                         |                                   |                               |                               | (5) No corresponde |
| c. que pueda ofrecerle las horas que necesita cuando las necesita.   |                         |                                   |                               |                               |                    |
| d. que refleje los antecedentes culturales de su familia o que hable su idioma materno.                            |                         |                                   |                               |                               |                    |
| e. que crea que está bien capacitado para ayudar a su niño a aprender y desarrollarse.                             |                         |                                   |                               |                               |                    |
| f. esté en una ubicación geográfica conveniente para   |                         |                                   |                               |                               |                    |

|                                      | (1) <i>Muy difícil;</i> | (2) <i>Moderadamente difícil;</i> | (3) <i>Levemente difícil;</i> | (4) <i>Para nada difícil.</i> |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| usted.                               |                         |                                   |                               |                               |
| g. funcionaría para toda su familia. |                         |                                   |                               |                               |
| h. Asequible para la familia         |                         |                                   |                               |                               |

**M13. F13**

¿Cual fue el resultado de esta búsqueda de cuidado para [FOCAL CHILD] el pasado otoño de 2024?

1. Encontré cuidado.
2. Me quedé con el proveedor existente
3. Decidí no recurrir a ningún otro cuidado que no fuera el de los padres.
4. Dejé la búsqueda por otra razón.
5. Aún estoy buscando/mirando.
6. OTRO. (Especifique)\_\_\_\_\_
7. NO SÉ/ME NIEGO A RESPONDER

**M14.**

¿Este proveedor actualmente brinda cuidado a [FOCAL CHILD] ?

1. Yes
2. No

**F14.**

¿Cuál fue el motivo principal por el cual tomó esa decisión?

\_\_\_\_\_

**For FI Administration:**

1. No tenía otras opciones.
2. Costo.
3. Horario.
4. Lugar (ubicación).
5. Calidad del cuidado.

6. "Intuición".
7. El proveedor tenía vacante disponible.
8. OTRO. (Especifique)\_\_\_\_\_
9. NO SÉ/ME NIEGO A RESPONDER

**M0\_Intro.**

Las siguientes preguntas son sobre el cuidado que [FOCAL CHILD] está recibiendo actualmente.

[IF FOCAL CHILD IS AGE 60 MONTHS OR OLDER, ASK M0:]

**M0.**

¿Asiste este niño a la escuela primaria regular desde kindergarten hasta octavo grado? [EN CALIFORNIA: Registre 'no' si su niño/niña asiste a un programa de kindergarten de transición de California.]

1. Sí.
2. No.

**M1.**

[IF ONGOING ARRANGEMENTS REPORTED EARLIER: Usted dijo anteriormente en esta entrevista que este niño/a recibe cuidado de [TYPES OF CARE].

Además de sus padres o figuras paternas, ¿cuida alguna (otra) persona u organización a este niño/a al menos cinco horas por semana?

1. Sí.
2. No → SKIP to M15

**C4b.**

¿Cuántas horas por semana suelen cuidar a [FOCAL CHILD] personas u organizaciones distintas a los padres del niño?

Oras \_\_\_\_\_

**M2a.**

¿Alguna persona cuida a este/a niño/a al menos cinco horas por semana?

1. Sí.
2. No → SKIP TO M3b

**M2b.**

¿Alguna persona que cuida a este/a niño/a brinda este cuidado sin recibir ningún pago, ya sea de usted o de otra fuente?

1. Sí.

2. No.

**M2c.**

¿Alguna persona que cuide a [FOCAL CHILD] recibe pago por ese cuidado, ya sea de usted o de otra fuente?

1. Sí.
2. No. →SKIP TO M2d

**J9\_1. \*JL1**

¿Quién le paga a este [individuo/estos individuos] por el cuidado de este/a niño/a? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

1. Usted o su cónyuge o pareja.
2. Una agencia gubernamental, como la asistencia social, los servicios de empleo, el desarrollo de niños pequeños, subsidios para la cuidado o educación o de niños.
3. Una organización no gubernamental, como un grupo comunitario o una institución religiosa.
4. El padre o la madre del niño que vive fuera de este hogar.
5. Otro familiar o amigo.
6. Un empleador.
7. otra persona o fuente.

**M2d.**

Antes de que comenzaran a cuidar a [FOCAL CHILD], ¿tenía usted una relación personal con alguna persona que le brinda cuidado por pago a este/a niño/a?

1. Sí.
2. No.

**M3.**

¿[FOCAL CHILD] participa en algún cuidado de una organización ¿ [IF SCHOOL-AGE (Age >5): Puede incluir una escuela, un centro o un grupo comunitario, o una escuela que provee cuidado antes o después de escuela]. [IF LESS THAN SCHOOL AGE (Age <6): Puede ser una organización, un centro o un grupo comunitario, o una escuela que brinda cuidado y educación para niños pequeños que todavía no asistan a jardín de infantes].

1. Sí.
2. No. → SKIP TO M15

SKIP to M5a\_x. J1\_E1 if FOCAL CHILD AGE <6 or M0=0

**M3b.**

Algunas organizaciones ofrecen cuidado antes o después de la escuela, también conocida como cuidado integral.

¿[Este niño/esta niña] participa en algún cuidado integral, ya sea antes o después de la escuela?

1. Sí.
2. No.

### **M3.C8\_3. \*CL5**

Algunas organizaciones ofrecen una sola actividad para niños, en la que muchos niños pueden participar sólo un par de horas a la semana. Estos podrían incluir programas de tutoría, deportes o lecciones de música o baile.

Este niño/esta niña participa en algún cuidado que implique una sola actividad?

1. Sí.
2. No.

### **M3.C8\_4. \*CL5**

Algunas organizaciones ofrecen cuidado sin arreglos previos que los padres pueden utilizar de forma no programada y sin registrarse con anticipación. Gimnasios, centros comerciales, centros comunitarios e iglesias son algunos lugares que pueden ofrecer cuidado sin arreglos previos.

¿ Este niño/esta niña participa en algún cuidado sin arreglos previos?

1. Sí.
2. No.

### **M5a\_x. J1\_E1**

¿Le paga a una organización de cuidado directamente por el cuidado de este niño/esta niña? Por favor incluya los pagos incluso si luego se le reembolsa. Usted dijo que este niño es cuidado por [algún cuidado sin arreglos previos/ cuidado de una sola actividad /cuidado antes o después de la escuela/una organización]

1. Sí.
2. No.

### **M5b\_x. J3\_E2**

¿Alguna persona o algún programa también paga por el cuidado de este niño/esta niña brindado por alguna organización? Incluya pagos o reembolsos que le lleguen directamente a usted.

1. Sí.

2. No. → SKIP TO CHECK ABOVE J5\_E5

**M5c\_x. J9\_1**

¿Quién realiza estos pagos o reembolsos? (Si hay más de uno, seleccione el pagador que cubra el monto más alto).

1. Una agencia gubernamental, como la asistencia social, los servicios de empleo, el desarrollo de niños pequeños, subsidios para la educación o cuidado de niños.
2. Una organización no gubernamental, como un grupo comunitario o una institución religiosa.
3. El padre o madre del niño que vive fuera de este hogar.
4. Otro familiar o amigo.
5. Un empleador.
6. otra.

if M5a\_x and M5b\_x are both no, then ask J5\_E5; else skip to M2e

**J5\_E5. \*JL1**

Entonces, ¿todas las organizaciones que cuidan a este niño brindan el cuidado gratuitamente ?

1. Sí.
2. No.

**M2e.**

¿ [FOCAL CHILD], recibe cuidado de algún proveedor o individuo (que no sea de usted o su cónyuge o pareja) antes de las 8 am y/o después de las 6 pm entre semana, o durante el fin de semana?

1. Sí.
2. No.

**M15.**

Algunos padres no pueden brindar a sus niños el cuidado que preferirían. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre el cuidado que desearía para este/a niño/a?

|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|---------------|--------------------------|
| a. Me gustaría que este/a niño/a fuera cuidado únicamente por sus padres o figuras paternas. |                       |            |               |                          |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| b. Me gustaría que este/a niño/a fuera cuidado por un familiar o un amigo cercano, si hubiera alguien disponible.  |  |  |  |  |
| c. Me gustaría que este/a niño/a participe en algún cuidado fuera de nuestra familia, por ejemplo para pasar tiempo con otros niños o aprender cosas nuevas. |  |  |  |  |
| d. Me gustaría tener cuidado que nos permitiera a mí y a mi cónyuge o pareja trabajar, ir a la escuela o recibir capacitación.                               |  |  |  |  |

## Sección N. Solicitud de asistencia financiera para educación temprana (ECE, por sus siglas en inglés)

### **N11\_Intro.**

La siguiente sección trata sobre cómo obtener ayuda para pagar el cuidado de sus niños menores de 13 años de edad. En responder a estas preguntas, por favor piense en todos los niños menores de 13 años con quien ha vivido en los últimos 12 meses. Nos referimos a estos niños como 'sus niños' en las preguntas siguientes.

N1a.

En los últimos 12 meses, ¿ha intentado obtener ayuda para pagar el cuidado de su/sus niño/a/niños ?

1. Sí.
2. No→SKIP to N3a.J6e6

### **N2b.**

¿Qué hizo para encontrar ayuda para pagar el cuidado de sus niños ?

a.Leyó en línea o en materiales impresos.

1. Sí.
2. No

b. Escuchó o vio cosas, por ejemplo, en la televisión o en sus actividades diarias.

1. Sí.
2. No

c. Le preguntó a un profesional que conoce, como un pediatra, un asistente social, un maestro.

1. Sí.
2. No

d. Le preguntó a amigos, familiares u otras personas que conoce.

1. Sí.
2. No.

e. Le preguntó a personas que no conoce (por ejemplo, a través de las redes sociales o en su comunidad)

1. Sí.
2. No.

f. Habló con alguien en una agencia local o en un evento para familias.

1. Sí.
2. No.

g. Visitó un programa o habló con el personal del programa.

1. Sí.
2. No.

**N2c.**

¿Preguntó alguna de las siguientes preguntas sobre la ayuda para pagar el cuidado de su niño/ sus niños ?

a. A su distrito escolar local.

1. Sí.
2. No.

b. A su empleador o el de su cónyuge o pareja.

1. Sí.
2. No.



- c. A una agencia estatal o local de recursos y referencias para el cuidado de niños, como [LOCAL NAME].
  - 1. Sí.
  - 2. No.
  
- d. A una organización comunitaria como un centro vecinal, una despensa de alimentos, una iglesia.
  - 1. Sí.
  - 2. No.

**N3a.J6e6**

En los últimos 12 meses, ¿le ha preguntado a un proveedor si podría ayudarlo a pagar el cuidado de sus niños, por ejemplo mediante becas, ayuda financiera, una escala móvil de tarifas o un descuento para su familia? Incluya los proveedores de los que estaba recibiendo cuidado y los proveedores que estaba considerando utilizar.

- 1. Sí.
- 2. No. → SKIP TO N12a

**N3b.J6e7**

¿Algún proveedor al que usted preguntó le ofreció ayuda para pagar el cuidado de su/sus niño/ niños ?

- 1. Sí.
- 2. No.

**N3c.J6e8**

¿La ayuda que le ofreció el proveedor fue suficiente para que usted pudiera pagar ese cuidado, incluso si finalmente no utilizó al proveedor?

- 1. Sí.
- 2. No.

**N12a.**

¿Encontró algún programa que a veces ayuda a familias como la suya a pagar el cuidado de niños?

- 1. Sí.
- 2. No

**N13.**

¿Llenó una solicitud o habló con alguien para pedir ayuda?

- 1. Sí.
- 2. No. →SKIP to N20

**N14.**

¿Tuvo que proporcionar documentos como recibos de pago, formularios de impuestos o una factura de servicios públicos?

1. Sí.
2. No

**N15.**

¿Alguien le dijo que era elegible para recibir ayuda del programa?

1. Sí.
2. No. → skip to N20

**N16.**

¿La ayuda estuvo disponible de inmediato o hubo que esperar?

1. Disponible inmediatamente.
2. Hubo una espera.
3. No estoy seguro/a.

**N17.**

¿La ayuda pagaba el cuidado solo para ciertos proveedores o podría elegir cualquier proveedor?

1. Sólo para ciertos proveedores.
2. Cualquier proveedor.

**N18.**

¿Su/sus niño/niños recibieron algún cuidado utilizando esta ayuda de pago?

1. Sí. →SKIP to N20
2. No.
3. No estoy seguro →SKIP to N20

**N19.**

¿Cuál fue la razón principal por la que su/sus niño/niños nunca recibió/eron cuidado mediante esta ayuda de pago?

---

**For FI Administration:**

1. No pude completar el papeleo ni descifrar el programa.
2. No pude encontrar un proveedor que pudiera aceptar a mi niño/a en el programa.

3. No me gustaban los proveedores que aceptaban los pagos.
4. No podía pagar el cuidado, ni siquiera con la ayuda.
5. Dificultades de transporte.
6. Dificultades de horario.
7. No funcionó con las necesidades de mis otros niños .
8. Todavía estoy esperando.
9. otra.

**N20.**

¿Encontró algún programa para el cual no creía que su familia sería elegible?

1. Sí.
2. No.

If no individual paid care arrangements in 2024, SKIP to section Q.

**N11**

En los últimos 12 meses, ¿recibió alguna ayuda a fin de pagar el cuidado de sus niños de un proveedor de cuidado o de un programa para ayudar a las familias? Por favor, no cuente la ayuda de amigos o familiares que lo ayudan a pagar o cuidaron a sus niños para ayudarlo. Cuente la ayuda que quizás ya haya informado en esta entrevista.

1. Sí.
2. No. → SKIP to Instructions before Section P.

**N12**

¿Sigue recibiendo esa ayuda para pagar el cuidado de sus niños ?

1. Sí. → SKIP to Instructions before Section P.
2. No.

**N10.**

¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de recibir ayuda para pagar el cuidado de su/sus niño(a)/niños(as)?

---

**For FI Administration:**

1. Estábamos ganando demasiado dinero.
2. No cumplíamos otros requisitos para obtener la ayuda.
3. No nos gustó el cuidado que recibimos.
4. Mi niño/a ya no necesitaba ese cuidado.
5. La ayuda ya no estaba disponible.
6. Subsidio demasiado difícil para participar

7 Otro motivo (especifique: \_\_\_\_\_)

If HH used individual paid care arrangement skip to P1\_X, ELSE SKIP to Section Q.

## Sección P. Origen y estado actual de los arreglos de cuidado individual utilizados en la primavera de 2024

[Eligibility all respondents with individual paid care arrangements in 2024. Items will need to loop through individual paid providers in place in spring 2024.]

### P1\_x.

Hemos registrado que en [Month of interview], usted tenía un niño/niños que recibía/ recibían cuidado al menos cinco horas por semana por una persona y que esta persona [todavía/ya no está] cuidando a su niño/sus niños. [Esta persona cuida a niños nacidos [MONTH/YEAR] y [MONTH/YEAR].] Por favor Indique el nombre o las iniciales de esa persona.

### P2.F6B\_x.

Piense en cuándo [PROVIDER NAME] comenzó a cuidar a su niño/ sus niños. ¿Cuál fue la razón principal por la que eligió a [PROVIDER NAME] para cuidar a su niño/ sus niños.

### For FI Administration:

- 1 Yo mismo/familiares/amigos trabajan o trabajaron con el proveedor.
- 2 Conocía personalmente al proveedor.
- 3 Amigos/familiares han utilizado los servicios de este proveedor en el pasado.
- 4 El proveedor tiene buena reputación en la comunidad.
- 5 No hay otros proveedores de este tipo en el área.
- 6 Ví publicidad en línea o en otro lugar.
- 7 Agencia de recursos y referencias.
- 8 Miembro de la familia.
- 9 Flexibilidad.
- 10 Posibilidad de recibir cuidado en mi casa.
- 11 Other

### P5\_x.

Cuando [PROVIDER NAME] comenzó a cuidar a su niño/ sus niños ¿ese cuidado fue al menos 5 horas por semana?

1. Sí.
2. No.

[IF P2.F6B\_x. = 8 (IS A FAMILY MEMBER) SKIP TO P11\_X]

**P6\_X.**

Antes de que [PROVIDER NAME] cuidara a su niño/ sus niños, ¿lo/la había conocido alguna vez?

1. Sí. → ASK P7A\_X
2. No. → SKIP TO P26\_X

**P7a\_X.**

¿Dónde conoció a [PROVIDER NAME]?

1. Conozco a este proveedor porque uso sus servicios para cuidar a otro niño.
2. Este proveedor anteriormente fue maestro, maestro asistente o auxiliar de mi niño en un centro o escuela.
3. Esta persona es un vecino, amigo o conocido.
4. Esta persona cuidó al niño de un amigo o conocido.
5. Esta persona está relacionada con un miembro de la familia.

**P26\_X.**

¿Cuál de las siguientes fuentes de información utilizó para encontrar a su proveedor [PROVIDER NAME]?

1. Le pregunté a amistades y familiares con niños.
2. Le pregunté a los proveedores que ya conocía.
3. Le pregunté a un proveedor de atención médica, un miembro del clero u otro profesional.
4. Utilicé las redes sociales para informarme sobre proveedores, de personas a quienes no conozco bien.
5. Consulté a una agencia de recursos y referencias o a una organización comunitaria local que ayuda a los padres a encontrar servicios de cuidado de niños.
6. Publiqué un anuncio o respondí a un anuncio.
7. Utilicé guías telefónicas en línea o impresas para buscar proveedores de cuidado de niños.
8. Obtuve ayuda de un asistente social de los servicios de asistencia pública o servicios sociales.
9. Otra.

**P7b\_x.**

Antes de que [PROVIDER NAME] comenzara a cuidar a su niño/a/sus niños/niñas /hijo/a, ¿conocía a alguien más que lo conociera?

1. Sí.

2. No.

**P11\_x.**

Por lo que usted sabe, en el momento en que esta persona comenzó a cuidar a su niño/ sus niños, ¿estaba cuidando (remunerado o no) de otros niños que no eran los suyos?

1. Sí.
2. No. SKIP TO P18.Q10

**P12a\_X.**

¿Estaba [PROVIDER NAME] cuidando a los niños de otras personas en su casa?

1. Sí.
2. No.

**P12b\_X.**

¿Estaba [PROVIDER NAME] cuidando a los niños de otras personas en la casa de otra persona?

1. Sí.
2. No.

**P13\_X.**

¿Cuidaba [PROVIDER NAME] de algún niño con el que no fuera pariente?

1. Sí.
2. No.

**P18a\_X.Q10.**

(Actualmente/en el momento en que dejó de cuidar a su niño /sus niños con regularidad), qué tan satisfecho (está/estaba) con la **calidad** del cuidado y la educación temprana que recibe/recibía de este proveedor [PROVIDER NAME]?

1. Extremadamente satisfecho/a.
2. Muy satisfecho/a.
3. Algo satisfecho/a.
4. Poco satisfecho/a.
5. Nada satisfecho/a.

**P18b\_X.Q10.**

(Actualmente/en el momento en que [PROVIDER NAME] dejó de cuidar a su niño/ sus niños con regularidad), qué tan satisfecho (está/estaba) con el

**costo** del cuidado y la educación temprana que recibe/recibía de este proveedor [PROVIDER NAME]?

1. Extremadamente satisfecho/a.
2. Muy satisfecho/a.
3. Algo satisfecho/a.
4. Poco satisfecho/a.
5. Nada satisfecho/a.

**P25.**

¿Cuántas horas a la semana cuida/cuidó normalmente este proveedor a alguno de sus niños?

\_\_\_\_\_Horas

**P14\_X.**

Cuando comenzó este arreglo, ¿esperaba que la duración fuera...?

1. hasta que encontrara otro arreglo en su propia casa o en la de otra persona.
2. hasta que encontrara un arreglo en un centro.
3. hasta que su niño ingresara a la escuela (preescolar o kindergarten).
4. hasta que su niño pudiera hacer la transición al cuidado de sus padres únicamente.
5. otra.

IF L21b.x = No for any arrangement with this provider THEN ASK P17\_X

ELSE Skip to P.19\_X

**P17\_X.**

Por lo que usted sabe, ¿ cuando este proveedor dejo de cuidar a su(s) niño(s), siguió este cuidando a otros niños?

1. Sí.
2. No.
3. No lo sé.

**P24\_X.**

¿El proveedor continuó/está cuidando a cualquiera de sus niño/su niño de forma irregular una vez que terminó el cuidado regular?

1. Sí.
2. No.

**P19\_X.**

¿Cómo describiría como ha cambiado el costo de este acuerdo desde [MONTH OF INTERVIEW]?

1. El costo ha aumentado.
2. El costo ha disminuido.
3. El costo es casi el mismo.

**P20\_X.**

¿Cómo describiría el calendario de sus pagos al proveedor [PROVIDER NAME] ahora o cuando finalizó el arreglo?

1. Pago al final de la semana/mes el cuidado que el proveedor **ya le dio** a mi/mis niño/a/os.
2. Pago al comienzo del mes o la semana por el cuidado que mi proveedor **le brindará** a mi niño/a/os .

**P23\_X.**

¿[PROVIDER NAME] proporcionó/proporciona algún servicio a su familia que no sea el cuidado directo a su familia, como hacer mandados, limpiar, cocinar o transportar a su/sus niño/niños durante las horas que provee cuidado?

1. Sí.
2. No.

**G38\_X.**

[Cuando este proveedor todavía cuidaba a su niño/ sus niños], ¿con qué frecuencia se reunió o habló / se reúne o habla con su proveedor sobre:

**G38a.** ¿el aprendizaje o progreso del desarrollo de su niño/a ?

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

**P26.G38b.** ¿los problemas que tiene/tenía su niño /sus niños mientras estaba bajo su cuidado?

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

**P20.NHES.NCRCMDPT.**

¿Recomendaría este proveedor de cuidado a otros padres?



1. Sí.
2. No.
- 3 No, este individuo no piensa cuidar a los niños de nadie más.

**P21\_X.**

Por lo que usted sabe, ¿el cuidado de niños es la fuente principal de ingresos de [PROVIDER NAME]?

1. Sí.
2. No.

**P22\_X.**

¿Su proveedor [PROVIDER NAME] utiliza un nombre comercial para sus servicios de cuidado de niños?

1. Sí.
2. No.

**P24\_X.E16**

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

1. Sí, tenemos un contrato formal.
2. No, no tenemos un contrato formal.

**H1\_M\_X.**

¿Alguien alguna vez ayuda/ayudó a su proveedor [PROVIDER NAME] a cuidar a los niños a su cargo? Incluya a cualquier persona a las que podrían pagar para que le ayude, así como a cualquier familiar u otra persona que le ayude sin recibir paga.

1. Sí.
2. No.

ASK SECTION ABOUT NEXT PAID INDIVIDUAL PROVIDER IF NEEDED, ELSE GO TO INSTRUCTIONS BEFORE M15\_INDIV

IF SAMPLE= INDIVIDUAL PAID PROVIDER only SKIP to M15\_INDIV ELSE SKIP TO SECTION Q

### M15\_INDIV.

Algunos padres no pueden brindar a sus niños el cuidado que preferirían. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre el cuidado que desearía para este/a niño/a?

|  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|---------------|--------------------------|
| a. Me gustaría que este/a niño/a fuera cuidado únicamente por sus padres o figuras paternas.   |                       |            |               |                          |
| b. Me gustaría que este/a niño/a fuera cuidado por un familiar o un amigo cercano, si hubiera alguien disponible.  |                       |            |               |                          |
| c. Me gustaría que este/a niño/a participe en algún cuidado fuera de nuestra familia, por ejemplo para pasar tiempo con otros niños o aprender cosas nuevas. |                       |            |               |                          |
| d. Me gustaría tener cuidado que nos permitiera a mí y a mi cónyuge o pareja trabajar, ir a la escuela o recibir capacitación.                               |                       |            |               |                          |

|  |
|--|
|  |
|--|

## Sección Q. Características del hogar

### Q20.INTRO

Estamos interesados en cómo se cuida a los niños de [FOCAL CHILD's AGE] durante el verano, cuando muchos proveedores cambian sus ofertas de cuidado. Por ejemplo, los niños pequeños pueden estar con proveedores que cierran o no ofrecen cuidado durante el verano y los niños mayores en la escuela pueden estar en escuelas que no ofrecen cuidado de verano.

### Q20a

Para el verano de 2024, ¿agregó algún proveedor o realizó algún cambio de horario en cuanto a quién cuidaba a [FOCAL CHILD]?

1. Sí.
2. No. →skip to Q18b.Q10

**Q18b.Q10.**

¿Usted o su cónyuge/pareja cambiaron su horario de trabajo debido a las necesidades de cuidado durante el verano?

1. Sí.
2. No.

**Q10c**

Pensando en el costo total del cuidado de [FOCAL CHILD] durante los tres meses de verano de junio, julio y agosto, ¿cómo se compara con el costo del cuidado de [FOCAL CHILD] durante los tres meses de primavera de marzo, abril y mayo? Diría usted:

1. No tuvo gastos en primavera o verano
2. La primavera cuesta más que el verano
3. La primavera cuesta aproximadamente lo mismo que el verano.
4. La primavera cuesta menos que el verano.

**Q15.INTRO**

Ahora tenemos más preguntas específicamente sobre [CHILD AGE GENDER]. Las siguientes preguntas son sobre cualquier tipo de problema de salud, inquietud o condición que pueda afectar la salud física, el comportamiento, el aprendizaje, el crecimiento o el desarrollo físico de su (“niño”/“niña ”). Algunos de estos problemas de salud pueden afectar las capacidades y actividades de su(s) (“niño”/“niña ”) en la escuela o en el juego.

**Q15a. DIPA #01.**

¿[FOCAL CHILD] pierde los estribos o hace berrinches mucho más que otros niños de su misma edad? Es decir, ¿gritar o llorar cuando no se sale con la suya, tirar o romper cosas cuando está enojado o golpear a la gente?

1. Sí.
2. No.

IF [FOCAL CHILD] IS < 1 YEAR, SKIP TO Q18a.NSCH #A35; ELSE ASK Q16a

**Q16a.**

En comparación con niños de su misma edad, ¿[FOCAL CHILD] tiene dificultades para llevarse bien con otros niños en un entorno social?

1. Sí.
2. No.

**Q18a.NSCH #A35**

¿Su niño tiene una condición médica o física que afecta su capacidad para hacer cosas que hacen otros niños de su edad?

- 1. Sí.
- 2. No.

**Q19a.**

¿Tiene alguna preocupación seria sobre las habilidades de desarrollo de su niño en cualquiera de las siguientes áreas: desarrollo del habla/lenguaje, habilidades de autocuidado o aprendizaje?

- 1. Sí.
- 2. No.

**Q19b.NSCH #A22**

¿Le ha dicho algún médico, proveedor de atención médica o educador que este niño tiene un retraso en el desarrollo?

- 1. Sí.
- 2. No.

**G4A.**

¿Cuáles fueron los ingresos totales de su hogar en el 2024?

Incluya los ingresos de cualquier persona que contribuya a los gastos del hogar y los costos de cuidado infantil. Incluya también cualquier manutención infantil que pueda recibir si contribuye a los gastos del hogar o al cuidado de los niños. Incluya los ingresos de pensiones o de programas gubernamentales como cupones de alimentos o seguro de desempleo.

Cantidad total: \$ \_\_\_\_\_ → SKIP TO Q6.G11

Range: 0-999999999

-4. DK/REF → ASK E15

**E15.**

Puede resultar difícil recordar o informar estos números y un rango aproximado está bien. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en 2024 antes de impuestos o deducciones...?

1. Menos de \$15,000
2. \$15,001 a \$30,000
3. \$30,001 a \$45,000
4. \$45,001 a \$60,000
5. \$60,001 or más

**Q6.G11.**

Indique cuál de estas afirmaciones describe mejor los alimentos que se consumieron en su hogar en los últimos 12 meses:

1. Siempre tuvimos suficiente para comer.
2. A veces no tuvimos suficiente para comer.
3. Frecuentemente no tuvimos suficiente para comer.

**Q9.**

Desde [MONTH OF INTERVIEW], ¿usted o su pareja/cónyuge cambio de trabajo?

1. Sí.
2. No.

**Q11a.NLSY**

¿[Estaría/está usted] limitado en el tipo de trabajo que [(podría)] realizar en un trabajo remunerado debido a su salud?

1. Sí.
2. No.

**Q12. Evaluación de estabilidad de vivienda**

a.¿Le preocupa perder su vivienda?

1. Sí.
2. No.

b.En los últimos 12 meses, ¿ha podido obtener servicios públicos (calefacción, electricidad) cuando realmente los necesitaba?

1. Sí.
2. No.

**Q13.**

¿Aún vive en el siguiente domicilio [street number]?

1. Sí → SKIP TO R.1.END
2. No.

**Q14.A2G2. \*AL1 \*AL2**

Usted indicó que se mudó después de la primavera. ¿Puede decirme el código postal de donde vive ahora?

\_\_\_\_\_INGRESE CÓDIGO POSTAL

**Q15.**

¿Cuándo se mudó de su casa en [número de calle]?

\_\_\_\_\_Day

\_\_\_\_\_Month

**Fin de la encuesta**

**R.1.END**

Muchas gracias por su tiempo hoy. Esas son todas las preguntas que tenemos para usted. Su contribución es muy apreciada y ayudará a mejorar la comprensión de las experiencias y preferencias de los padres con respecto al cuidado de sus niños pequeños.