

2024 Encuesta de Costo de los Proveedores de Cuidado Infantil y Preescolar en Nuevo México

Introducción

¡Bienvenidos! Esta encuesta está disponible en varios idiomas. Para seleccionar su idioma preferido, haga clic en el menú de idiomas en la parte superior de la página.

El Departamento de Educación y Cuidado de la Primera Infancia de Nuevo México (ECECD) continuará con el proceso de metodología alternativa para informar las tasas de subsidio estatal para el cuidado infantil. Nuevo México fue el primer estado en adoptar esta metodología alternativa basada en costos en 2021. Parte de este enfoque incluye una encuesta, administrada por Prenatal to Five Fiscal Strategies (P5FS), que respaldará la actualización de la herramienta de estimación de costos de Nuevo México. La encuesta está dirigida a personas, organizaciones y programas que brindan servicios de cuidado infantil a niños desde el nacimiento hasta los doce años en Nuevo México. Debido a que la mayoría de las preguntas de la encuesta se refieren a los costos incurridos al brindar cuidado a los niños, las mejores personas para completar esta encuesta son las siguientes: Un director ejecutivo, director de programa o director financiero de un centro de cuidado infantil

- Un director ejecutivo, director de programa o director financiero de un programa preescolar
- Propietario de un hogar de cuidado infantil familiar

Un familiar, amigo o vecino que brinda cuidado a sus familiares y/u otros niños pero que no tiene licencia Para aquellos que administran un negocio de cuidado infantil, es posible que desee recopilar sus declaraciones de gastos o presupuesto (si tiene uno) para ayudar a responder a las preguntas (por ejemplo, puede ser útil tener su [Programa C](#) formulario de impuestos del IRS cercano para referencia). Para aquellos que no tienen licencia y brindan atención a familiares, amigos o vecinos, les pedimos que hagan su mayor esfuerzo para estimar los costos que se les pide que proporcionen.

Toda la información se mantendrá completamente confidencial y solo el equipo del estudio P5FS podrá ver sus respuestas individuales. Sus datos se combinarán con datos de otros programas de cuidado infantil y solo los datos combinados se compartirán en forma resumida y no podrán vincularse a usted ni a su programa.

La encuesta debería tomar **entre 15 y 20 minutos** en completarse si tiene su información financiera y los datos de inscripción de niños al alcance. La encuesta le permite guardar sus respuestas y volver a ella más tarde ingresando su correo electrónico cuando se le solicite. Se le enviará un enlace único al progreso de su encuesta hasta ese momento. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o necesita ayuda adicional, no dude en comunicarse con:

newmexico@prenatal5fiscal.org llame al (217) 469-5250 y alguien de nuestro equipo le devolverá la llamada.

La política de privacidad y consentimiento

Sus respuestas individuales no estarán disponibles para nadie más que el personal de Prenatal to Five Fiscal Strategies (P5FS). Solo los datos no identificados que se han agregado entre los encuestados se compartirán con cualquier persona externa al equipo de estudio de P5FS. P5FS no informará ningún tamaño de muestra que sea inferior a 10 para respaldar la confidencialidad. Su información de identificación personal se guardará en sistemas seguros.

1) Por favor confirme lo siguiente:*

He leído la información anterior y doy mi consentimiento para que mi información sea recopilada y guardada

Información del contacto

2) De la lista a continuación, seleccione la opción que mejor describa el tipo de programa o apoyo de cuidado infantil que proporciona (seleccione uno): *

- Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar con licencia
- Dirijo un hogar grupal con licencia
- Dirijo un centro de cuidado infantil
- Programa de preescolar basado en la escuela
- Dirijo un centro de cuidado solo para niños en edad escolar
- Programa de escuela pública solo para niños en edad escolar
- Head Start temprano
- Head Start
- Hogar registrado

3) ¿Cuál es su función principal en este centro?

- Propietario de negocio/ Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar con licencia
- Propietario de un centro de cuidado infantil con licencia
- Director ejecutivo
- Director de programas
- Director asistente
- Personal de finanzas y contabilidad
- Maestra/o
- Otro- Explique: _____

Como recordatorio, las mejores personas para completar esta encuesta son:

- Un director ejecutivo, director de programa o director financiero de un centro de cuidado infantil con licencia, programas de tiempo fuera de la escuela/ cuidado recreativo en horario extraescolar.
- Un propietario de un hogar de cuidado infantil familiar o grupal con licencia.
- Un miembro de la familia, amigo o vecino que cuida a sus parientes u otros niños pero que no es un proveedor de cuidado infantil con licencia.

4) ¡Gracias por su interés! Esta encuesta está destinada para los administradores/directores de centros y los propietarios de centros de cuidado infantil familiar. Dado que usted se identifica como maestro, le recomendamos que complete la encuesta del rediseño de FOCUS. Haga clic en la opción a continuación y será enviado a esa encuesta.*

() Haga clic aquí para completar la encuesta para el rediseño de FOCUS

Información demográfica

5) Su nombre _____

6) Su número de teléfono _____

7) Su dirección de correo electrónico * _____

8) ¿Ofrecen PreK de Nuevo México?*

- () Sí
- () No

9) ¿Ofrecen PreK temprano de Nuevo México?*

- () Sí
- () No

10) ¿Su programa está inscrito en el programa FOCUS de ECECD?*

- () Sí
- () No

11) ¿Qué nivel de estrellas tiene su programa?*

- () 2 estrellas
- () 2+ estrellas
- () 3 estrellas
- () 4 estrellas
- () 5 estrellas

12) Nombre del programa* _____

N x

13) Numero de licencia del programa o centro de cuidado infantil* _____

14) Dirección y ciudad del programa/centro* _____

15) Código postal del programa/centro* _____

16) "¿En qué condado se encuentra este programa/centro de cuidado infantil? (si no está seguro, ingrese la dirección aquí e identificará el condado)"*

- Bernalillo
- Catron
- Chaves
- Cibola
- Colfax
- Curry
- De Beca
- Dona Ana
- Eddy
- Grant
- Guadalupe
- Harding
- Hidalgo
- Lea
- Lincoln
- Los Alamos
- Luna
- McKinley
- Mora
- Otero
- Quay
- Rio Arriba
- Roosevelt
- San Juan
- San Miguel
- Sandoval
- Santa Fe
- Sierra
- Socorro

- Taos
- Torrance
- Union
- Valencia
- No corresponde

17) "¿En qué condado se encuentra este programa/centro de cuidado infantil?
(si no está seguro, ingrese la dirección aquí [here](#) e identificará el condado)"*

- Bernalillo
- Catron
- Chaves
- Cibola
- Colfax
- Curry
- De Beca
- Dona Ana
- Eddy
- Grant
- Guadalupe
- Harding
- Hidalgo
- Lea
- Lincoln
- Los Alamos
- Luna
- McKinley
- Mora
- Otero
- Quay
- Rio Arriba
- Roosevelt
- San Juan
- San Miguel
- Sandoval
- Santa Fe
- Sierra
- Socorro
- Taos
- Torrance
- Union
- Valencia
- No corresponde

18) Territorio tribal del programa*

- No corresponde
- Acoma
- Cochiti
- Fort Sill Apache
- Isleta
- Jemez
- Jicarilla Apache
- Laguna
- Mescalero Apache
- Nambe
- Navajo Nation
- Ohkay Owingeh
- Pojoaque
- Sandia
- San Felipe
- San Ildefonso
- Santa Ana
- Santa Clara
- Santo Domingo
- Taos
- Tesu`que
- To'Hajiilee
- Zuni
- Zia

19) Territorio tribal del programa*

- No corresponde
- Acoma
- Cochiti
- Fort Sill Apache
- Isleta
- Jicarilla Apache
- Jemez
- Mescalero Apache
- Navajo Nation
- Laguna
- Nambe
- Ohkay Owingeh
- Pojoaque
- Sandia
- San Felipe
- San Ildefonso

- Santa Ana
- Santa Clara
- Santo Domingo
- Taos
- Tesu`que
- Zuni
- Zia

Capacidad y matrícula

20) ¿Cuál es la capacidad con licencia del programa/centro para cada una de las siguientes edades?*

- _____ Bebés (6 semanas a 23 meses)
- _____ Niños pequeños (24 a 35 meses)
- _____ Niños preescolares (36 meses hasta la entrada al kinder)
- _____ Niños en edad escolar

21) ¿Cuál es la capacidad con licencia (número máximo de niños) en su programa?*

22) ¿Cuántos espacios del programa/centro están actualmente ocupados/inscritos?*

- _____ Bebés (6 semanas a 23 meses)
- _____ Niños pequeños (24 a 35 meses)
- _____ Niños preescolares (36 meses hasta la entrada al kinder)
- _____ Niños en edad escolar

23) ¿Cuál es su inscripción de niños deseada?*

- _____ Bebés (6 semanas a 23 meses)
- _____ Niños pequeños (24 a 35 meses)
- _____ Niños preescolares (36 meses hasta la entrada al kinder)
- _____ Niños en edad escolar

24) ¿Cuántos niños de cada uno de los siguientes grupos de edad cuida?*

- _____ Bebés (6 semanas a 23 meses)
- _____ Niños pequeños (24 a 35 meses)
- _____ Niños preescolares (36 meses hasta la entrada al kinder)
- _____ Niños en edad escolar

25) En promedio, ¿cuántos niños están actualmente inscritos en **CUIDADO ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA** ?* _____

26) En promedio, ¿cuántos niños están actualmente inscritos en cuidado de **HORAS NO TRADICIONALES** (antes de las 7 a.m., después de las 7 p.m., o los fines de semana)?*

27) ¿Cuántos niños con **NECESIDADES ESPECIALES** están actualmente inscritos en su programa/centro?

_____ #niños con un IEP/IFSP

_____ # niños con un 504 plan

_____ #niños con necesidades especiales, pero no con un IEP/IFSP/504 plan

28) ¿Cuántos niños con **NECESIDADES ESPECIALES** están actualmente inscritos en su programa/centro?

29) ¿Cuántos niños actualmente inscritos en su programa reciben servicios de la subvención de PreK/PreK temprano de Nuevo México?

_____ 3 a 4 años 1080

_____ 3 a 4 años 1380

_____ 3 a 4 años Basic

_____ 4 a 5 años 1080

_____ 4 a 5 años 1380

_____ 4 a 5 años Basic

Horas

30) ¿Qué días de la semana está abierto y atiende a niños su programa/centro?

	Abierto	No abierto
Lunes	()	()
Martes	()	()
Miércoles	()	()
Jueves	()	()
Viernes	()	()
Sábado	()	()

Domingo	()	()
---------	-----	-----

31) ¿Cuales son sus horas de operación?

	Hora de apertura	Hora de cierre
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

32) ¿Ofrecen cuidado de **TIEMPO COMPLETO**?*

- () Sí
() No

33) ¿Cuántas horas por semana definen cuidado de **TIEMPO COMPLETO** en su programa/centro?*

34) ¿Ofrecen cuidado de **TIEMPO PARCIAL**?*

- () Sí
() No

35) ¿Cuántas horas por semana definen cuidado de **TIEMPO PARCIAL** en su programa/centro?*

36) ¿Ofrecen **cuidados variados y flexibles** para familias cuyos horarios cambian de una semana a otra o de un día a otro?*

- () Sí
() No

37) ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre los días y horas de operación?

Tarifas de inscripción/ matrícula

38) Como alternativa en respondiendo a las preguntas sobre sus tarifas, puede cargar un programa de tarifas/tarifas de matrícula estándar para este programa/sitio haciendo clic en el enlace "examinar" a continuación o enviando un correo electrónico a newmexico@prenatal5fiscal.org

39) ¿Cargó o envió por correo electrónico la tarifa de matrícula estándar/programa de tarifas de su programa/centro?*

() Sí

() No

40) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO COMPLETO** para **BEBÉS** (6 semanas a los 23 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____

Tarifa diaria : _____

Tarifa semanal: _____

Tarifa mensual: _____

Otra tarifa (por favor describa): _____

No corresponde: _____

41) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO COMPLETO** para **NIÑOS PEQUEÑOS 24 a 35 meses** (24 a 35 meses)?

(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)*

Tarifa por hora: _____

Tarifa diaria : _____

Tarifa semanal: _____

Tarifa mensual: _____

Otra tarifa (por favor describa): _____

No corresponde: _____

42) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO COMPLETO** para **NIÑOS PREESCOLARES** (36 meses hasta la entrada al kinder)?

(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____

Tarifa diaria : _____

Tarifa semanal: _____

Tarifa mensual: _____
Otra tarifa (por favor describa): _____
No corresponde: _____

43) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO COMPLETO** para **NIÑOS DE EDAD ESCOLAR**?
(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____
Tarifa diaria : _____
Tarifa semanal: _____
Tarifa mensual: _____
Otra tarifa (por favor describa): _____
No corresponde: _____

44) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO PARCIAL** para **BEBÉS**(6 semanas a 23 meses)?
(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____
Tarifa diaria : _____
Tarifa semanal: _____
Tarifa mensual: _____
Otra tarifa (por favor describa): _____
No corresponde: _____

45) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO PARCIAL** para **NIÑOS PEQUEÑOS** (24 a 35 meses)?
(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____
Tarifa diaria : _____
Tarifa semanal: _____
Tarifa mensual: _____
Otra tarifa (por favor describa): _____
No corresponde: _____

46) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO PARCIAL** para **NIÑOS PREESCOLARES** (36 meses hasta la entrada al kinder)?

(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*
Tarifa por hora: _____
Tarifa diaria : _____
Tarifa semanal: _____
Tarifa mensual: _____
Otra tarifa (por favor describa): _____
No corresponde: _____

47) "¿Cuál es la tarifa de **TIEMPO PARCIAL** para **NIÑOS DE EDAD ESCOLAR**?

(por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)"*

Tarifa por hora: _____

Tarifa diaria : _____

Tarifa semanal: _____

Tarifa mensual: _____

Otra tarifa (por favor describa): _____

No corresponde: _____

48) ¿Ofrecen cuidado durante horarios no tradicionales (antes de las 7 a.m., después de las 7 p.m., durante la noche o los fines de semana)?*

() Sí

() No

49) ¿Cobra más por proporcionar cuidado durante horarios no tradicionales (antes de las 7 a.m., después de las 7 p.m., durante la noche o los fines de semana)?

() Sí

() No

50) ¿Cómo se determinan las tarifas para cuidado durante horarios no tradicionales (antes de las 7 a.m., después de las 7 p.m., durante la noche o los fines de semana)?

Ganancia

51) ¿Cuál de las siguientes fuentes de ingresos recibe este programa/centro? (seleccione todas las que correspondan)*

Matrícula de padres

Tarifas adicionales más allá de la matrícula (por ejemplo, tarifas de solicitud, tarifas de viaje de campo, tarifas por pagos atrasados)

Programa de asistencia para el cuidado infantil (CCAP)

La beca PreK de Nuevo México (New Mexico PreK Grant)

21st Century Grants

Head Start

Head Start temprano

Programa de Alimentos del USDA (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos/CACFP, el Programa de Nutrición Escolar)

Subvención

Otro - Explique: _____

52) ¿Cuál de las siguientes fuentes de ingresos recibe este programa/centro? (seleccione todas las que correspondan)*

- Matrícula de padres
- Tarifas adicionales más allá de la matrícula (por ejemplo, tarifas de solicitud, tarifas de viaje de campo, tarifas por pagos atrasados)
- Programa de asistencia para el cuidado infantil (CCAP)
- La beca PreK de Nuevo México (New Mexico PreK Grant)
- 21st Century Grants
- Head Start
- Head Start temprano
- Programa de Alimentos del USDA (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos/CACFP, el Programa de Nutrición Escolar)
- Subvención
- Otro - Explique: _____

Programa de asistencia para el cuidado infantil (CCAP)

56) ¿Participa en el Programa de asistencia para el cuidado infantil (CCAP)?*

- Sí
- No

57) ¿Cuántos niños que están actualmente inscritos en este programa/sitio reciben subsidio de cuidado infantil a través del Programa de asistencia para el cuidado infantil?*

58) Si los pagos del subsidio más el copago de los padres no son suficientes para cubrir la matrícula, ¿les cobra la diferencia a los padres?*

- Sí
- No

59) ¿Cuáles son las barreras o desafíos, si los hay, para participar en el Programa Programa de asistencia para el cuidado infantil? (seleccione todas las que correspondan)*

- No tengo desafíos ni experiencio barreras con el programa
- Las tasas de reembolso son demasiado bajas
- Retrasos en recibir el reembolso
- No hay suficientes familias que califiquen/No hay suficiente demanda
- No conozco lo suficiente sobre el programa

- El programa es confuso
- La comunicación del Estado y/o los socios estatales es deficiente
- No tengo el tiempo
- No tengo los recursos
- Problemas para recibir copagos de los padres/familias
- Problemas con la administración de copagos a padres/familias
- Necesito más información sobre cómo inscribirse en el programa
- El papeleo es muy difícil
- Otro - Explique

Salarios

69) ¿Ganó lo suficiente en su negocio en 2023 para pagarse un salario?*

- Sí
- No

70) ¿Aproximadamente cuánto pudo pagar usted mismo o cuánto tuvo disponible para cubrir sus gastos personales (no de negocios) cada mes?

71) Durante el último año en que presentó su declaración de impuestos, ¿su negocio de cuidado infantil obtuvo ganancias después de gastos?*

- Sí
- No
- No lo sé
- No corresponde

72) ¿En qué año y cuánto fue su ganancia?

Año: _____

Ganancia: _____

73) ¿Basado en los ingresos que obtuvo en su negocio de cuidado infantil en el último año, se le ha dificultado pagar cualquiera de los siguientes servicios para usted y su familia?

(seleccione todos los que correspondan):

- Alquiler o hipoteca
- Alimentación
- Vestimenta
- Transporte
- Atención médica
- Tiempo libre remunerado / vacaciones
- Deuda personal (deuda de tarjeta de crédito, préstamos, etc.)

Otro - Explique: _____

Ninguna de las anteriores

74) ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana dedica usted directamente al cuidado de niños?

75) Aproximadamente, ¿cuántas horas adicionales por semana, además de las que dedica directamente al cuidado de niños, dedicó a otras tareas relacionadas con su negocio de cuidado infantil (incluidas cosas como comprar y preparar alimentos, comprar suministros, papeleo, trámites/facturación, hablar con las familias, limpieza, etc.)? (seleccione solo uno)

No trabajo horas adicionales fuera del cuidado de niños.

1 a 5 horas

5 a 10 horas

10 a 15 horas

15 a 20 horas

20 a 25 horas

25 horas o más

76) "¿Aproximadamente cuántas horas adicionales por semana dedica a otras tareas relacionadas con el cuidado de los niños, como ir de compras, cocinar y limpiar?

(Por favor ingrese un número entre 0 y 168)"*

77) Aparte de usted mismo, ¿qué personal adicional tiene que trabaje regularmente en este programa/centro?*

Adulto(s) pagado(s) que trabaja(n) con niños

Adulto(s) no pagado(s) que trabaja(n) con niños

Adulto(s) pagado(s) que no trabajan con niños

Adulto(s) no pagado(s) que no trabajan con niños

Ninguna de las anteriores

78) En los espacios a continuación, indique la cantidad de adultos que trabajan en el programa, el promedio de horas por semana que trabajan estos adultos y la tarifa promedio por hora que les paga.*

	Numero de adultos	Promedio de horas por semana	Salario por hora
Adulto(s) pagado(s) que trabaja(n) con niños			

Adulto(s) pagado(s) que no trabajan con niños			

79) En los espacios a continuación, indique la cantidad de adultos no pagados que trabajan en el programa y el promedio de horas por semana que trabajan estos adultos.*

	Numero de adultos	Promedio de horas por semana
Adulto(s) no pagado(s) que trabaja(n) con niños		
Adulto(s) no pagado(s) que no trabajan con niños		

Beneficios

82) ¿Tiene cobertura de seguro médico para usted?*

- Sí
 No

83) ¿Qué cobertura de seguro médico tienes?

- Contraté mi propio seguro de salud
 Medicaid
 Medicare
 Cubierto por el seguro de cónyuge/pareja
 Otro- Explique: _____

84) ¿Cuáles de los siguientes beneficios se ofrecen a los empleados en este programa/centro (Seleccione todos los que correspondan)?*

- Seguro médico
 Seguro dental
 Seguro de la vista
 Jubilación
 Seguro de vida

- Seguro de cuidado a largo plazo
- Días de enfermedad pagados
- Vacaciones pagadas
- Feriados federales/estatales pagados
- Días de desarrollo profesional pagados
- Programas de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés)
- Estipendio para capacitación o cursos
- Otro - Explique: _____
- Ninguna de las anteriores

85) ¿Cuál es el número promedio de días de enfermedad pagados que recibe un empleado cada año?*

86) ¿Cuál es el número promedio de días de vacaciones pagadas que recibe un empleado cada año?*

87) ¿Cuál es el número promedio de días de desarrollo profesional pagados que se ofrecen a un empleado cada año?*

88) ¿Cuáles de los siguientes beneficios adicionales puede pagar a través de su negocio de cuidado infantil? (seleccione todas las que correspondan)*

- Seguro dental
- Seguro de la vista
- Jubilación
- Seguro de vida
- Seguro de cuidado a largo plazo
- Días de enfermedad pagados
- Vacaciones pagadas
- Feriados federales/estatales pagados
- Días de desarrollo profesional pagados
- Programas de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés)
- Otro - Explique
- No corresponde

89) ¿Tiene acceso a algún beneficio adicional a través del empleador de su cónyuge/pareja?

- Sí
- No

90) ¿A qué beneficios tiene usted acceso a través del empleador de su cónyuge/pareja?

(seleccione todas las que correspondan)

Seguro dental

Seguro de la vista

Jubilación

Seguro de vida

Seguro de cuidado a largo plazo

Programas de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés)

Otro - Explique: _____

Ninguna de las anteriores

91) ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre compensación y beneficios?

Gastos

92) Por favor calcule la cantidad **MENSUAL** aproximada para los siguientes gastos principales en este centro.*

	Cantidad mensual
Alquiler/arrendamiento/hipoteca	
Suministros y materiales	
Equipo	
Comida	
Utilidades	
Transportación	
Seguro de responsabilidad	

93) Por favor calcule la cantidad **MENSUAL** aproximada para los siguientes gastos principales en este centro.*

	Cantidad mensual
Alquiler/arrendamiento/hipoteca	
Suministros y materiales	
Equipo	
Comida	
Utilidades	
Transportación	
Seguro de responsabilidad	

94) ¿Cuáles son los pies cuadrados de su casa?*

95) ¿Cuanto pies cuadrados se utilizan para su negocio de cuidado infantil?*

Poblaciones Especiales

96) ¿Brinda cuidado a niños y familias que demuestran alguna de las siguientes circunstancias? (Por favor seleccione todo lo que corresponda)*

Niños que aprenden más de un idioma

Niños que requieren apoyo conductual adicional (por ejemplo, niños que les cuesta manejar sus emociones/comportamientos más allá de lo que es típico para su edad o niños con habilidades sociales o de comunicación inusualmente limitadas)

Niños con necesidades particulares relacionadas con retrasos, discapacidades o condiciones médicas

Niños involucrados en el sistema de bienestar infantil o en riesgo de abuso o negligencia

Niños sin hogar (aquellos que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, incluidos los niños que comparten vivienda debido a la pérdida de vivienda, que viven en moteles o campamentos, que viven en refugios de emergencia o de transición, o que viven en

lugares no aptos para la vivienda humana, como automóviles, espacios públicos o edificios abandonados).

Niños cuyas familias necesitan cuidado durante horas no tradicionales (antes de las 7:00 AM, después de las 7:00 PM, los fines de semana o que tienen horarios que varían de una semana a otra o de un día a otro día)

Familias indocumentadas

Ninguna de las anteriores

97) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños que aprenden más de un idioma?** (por favor describa)*

98) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños que requieren apoyo conductual adicional?** (por favor describa)*

99) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños con necesidades particulares relacionadas con retrasos, discapacidades o condiciones médicas?** (por favor describa)*

100) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños involucrados en el sistema de bienestar infantil o en riesgo de abuso o negligencia?** (por favor describa)*

101) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños sin hogar/ que no tienen vivienda?** (por favor describa)*

102) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños cuyas familias necesitan cuidado durante horas no tradicionales ?** (por favor describa)*

103) ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a **niños cuyas familias indocumentadas** ? (por favor describa)*

Preguntas adicionales (opcional)

104) Complete la **CANTIDAD ANUAL** (puede ser aproximada) que gastó entre julio de 2022 y junio de 2023 para las siguientes categorías de gastos. Si un gasto no se aplica a usted, déjelo en blanco.

- _____ Teléfono/Internet
- _____ Seguro (distinto de responsabilidad)
- _____ Gastos legales/profesionales (recursos humanos, contabilidad, otros)
- _____ Auditoría
- _____ Tarifas/Permisos
- _____ Gastos de recaudación de fondos
- _____ Asociación profesional/membresías
- _____ Anuncios de marketing
- _____ Costos de administración
- _____ Mantenimiento de edificios/Reparaciones/Renovaciones
- _____ Limpieza/Conserjería
- _____ Servicio de lavandería
- _____ Asistencia de matrícula/becas
- _____ Actividades de participación familiar/padres
- _____ Excursiones/Eventos
- _____ Consultores profesionales (enfermera, salud mental, programa, todos)
- _____ Personal temporal/suplentes
- _____ Gastos de formación/desarrollo profesional
- _____ Impuesto sobre los ingresos brutos (GRT)

Gracias

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Sus respuestas ayudarán a establecer tasas de reembolso estatales para el cuidado infantil que se basen en el costo del cuidado que usted brinda. Existen oportunidades adicionales para brindar aportes a este proceso, incluidas discusiones grupales en línea o “reuniones de comentarios”. Si desea obtener más información sobre el proyecto o registrarse para una de estas reuniones, visite www.prenatal5fiscal.org/newmexico.

105) La participación equitativa en esta encuesta es importante para captar toda la gama de experiencias de los proveedores. Si está dispuesto, considere compartir información sobre cómo se identifica para que podamos saber dónde hay lagunas en nuestros esfuerzos de recopilación de datos.

¿Cuál es su raza u origen étnico? Por favor, seleccione tantos como corresponda.

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro / Afroamericano
- Latino/Hispano
- del Medio oriente/Norte de África (MENA, en inglés)
- Nativo de Hawái/de las Islas del Pacífico
- Blanco
- No quiero responder
- Otro - Explique: _____

106) ¿Tiene una afiliación tribal? (por favor marque todos los que apliquen)

- No corresponde
- Fort Sill Apache
- Jicarilla Apache
- Mescalero Apache
- Navajo Nation
- Acoma
- Cochiti
- Isleta
- Jemez
- Laguna
- Nambe
- Ohkay Owingeh
- Picuris
- Pojoaque
- Sandia
- San Felipe
- San Ildefonso
- Santa Ana
- Santa Clara

- Santo Domingo
- Taos
- Tesuque
- Zuni
- Zia
- Other - Write In: _____

107) ¿Qué idiomas habla con fluidez? (Por favor seleccione todas las respuestas que correspondan)

- Towa
- English
- Spanish
- Navajo
- Keres
- Zuni
- Vietnamese
- Farsi
- Tiwa
- Tewa
- Other - Write In: _____

¡Gracias!

"¡Gracias por participar en este importante proyecto, su respuesta ha sido recibida!

Los invitamos a visitar el sitio web de Prenatal to Five Fiscal Strategies (<https://www.prenatal5fiscal.org/newmexico>) donde puede obtener más información sobre este proyecto y se le invita a participar en una de las reuniones de comentarios que se llevan a cabo con proveedores de cuidado infantil en todo el estado."

ECECD también está recopilando aportes de proveedores sobre el rediseño de FOCUS, el sistema de mejora y calificación de calidad escalonado de Nuevo México. Le recomendamos que complete esa encuesta visitando: <https://survey.alchemer.com/s3/7751924/2024-NM-AM-survey>.