

## Página de introducción

Gracias por tomar el tiempo para responder a esta encuesta. Es para todos los tipos de proveedores de cuidado infantil en todo California y ayudará a informar cómo se establecerán las tasas de reembolso en el futuro en el estado. Los datos de esta encuesta se compartirán en forma resumida con el Grupo de Trabajo de Calidad y Reforma de Tarifas de California, así como con el Comité Conjunto de Administración Laboral de Child Care Providers United (CCPU) como parte del Estudio del Costo del Cuidado Infantil de California. Para más información sobre el proyecto, por favor haga clic aquí.

Una parte importante de este proyecto es recopilar información de los proveedores de cuidado infantil en todo California para informar cómo se establecen las tasas de reembolso futuras utilizando un modelo de costos que es basado en los costos verdaderos por brindar cuidado de niños de alta calidad, en lugar del precio que las familias pueden pagar. El desarrollo de este modelo está siendo liderado por Prenatal to Five Fiscal Strategies (P5 Fiscal Strategies), un líder nacional en finanzas, políticas e investigación del cuidado infantil. Para informar el desarrollo del modelo de costos, P5 Fiscal Strategies necesita su ayuda. Al responder a esta encuesta y compartir de manera confidencial información sobre los gastos típicos de su programa (principalmente costos de personal como dotación de personal, salarios y beneficios), así como los gastos ideales de su programa si estuviera totalmente financiado, ayudará a informar las decisiones de California sobre un reembolso futuro.

La encuesta solicita datos de gastos y presupuestos sobre los costos de operación de su programa de cuidado infantil y está diseñada para que la completen los directores, propietarios o gerentes financieros del programa, con una encuesta por sitio (si ejecuta varios sitios, le pedimos que complete una encuesta separada para cada sitio). Se le pedirá que comparta información sobre costos e ingresos del año fiscal anterior, como los salarios promedio del personal o las tarifas por hora. Para que la encuesta sea más fácil de completar, es posible que desee recopilar sus declaraciones de gastos y/o el presupuesto del año anterior para ayudar a responder las preguntas. Para los proveedores de cuidado infantil familiar, las preguntas siguen un formato similar al formulario de impuestos del Anexo C del IRS, por lo que es posible que desee tener a mano su Anexo C más reciente. Una vez que haya reunido toda su información de gastos y presupuesto como referencia, la encuesta solo le llevará de 15 a 20 minutos.

Tenga la seguridad de que su información se mantendrá completamente confidencial y los datos que proporcione no se compartirán con nadie fuera del equipo de proyecto de P5 Fiscal Strategies. Sus datos se combinarán con datos de otros proveedores y solo los datos combinados se compartirán públicamente en forma de resumen y no se pueden vincular con usted o su personal. Además de la encuesta, P5 Fiscal Strategies llevará a cabo grupos de enfoque de proveedores y entrevistas individuales y reuniones con proveedores en todo el estado para informar los supuestos en el modelo de costos con el objetivo de reflejar mejor el costo real de brindar servicios de alta calidad en California.

La encuesta le permite iniciarla y volver a ella más tarde. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta o necesita asistencia técnica, comuníquese con: [california@prenatal5fiscal.org](mailto:california@prenatal5fiscal.org)

### INFORMACION DEL PROGRAMA

Las siguientes preguntas se relacionan con las características del programa para el que responderá preguntas. Si opera varios sitios, complete una encuesta separada para cada sitio.

1. ¿Cuál es el nombre de su programa?  
(Si está completando encuestas para varios sitios, escriba aquí solo el nombre del sitio cubierto en esta encuesta)
2. Por favor lista todos los números de licencia de su programa:
3. ¿En qué condado se encuentra su programa? (lista desplegable de todos los condados)
4. ¿Cuál es el código postal donde se encuentra su programa?
5. De esta lista, seleccione la opción que mejor describe su programa:
  - Centro de cuidado infantil/guardería con licencia (incluyendo Early Head Start/Head Start) salte a la sección Centro de cuidado infantil (6)
  - Centro de cuidado infantil/guardería exento de licencia salte a la sección Centro de cuidado infantil (6)
  - Centro de cuidado infantil tribal
  - Centro exento de licencia en instalaciones de LEA salte a la sección Centro de cuidado infantil (6)
  - Cuidado de niños en el hogar familiar con licencia (incluyendo Early Head Start/Head Start)

salte a la sección Cuidado infantil familiar (22)

- Cuidado de niños tribal en el hogar familiar
- Cuidado de familiares/amigos (hogar exento de licencia/  
proveedora de Trustline/pariente)

salte a la sección Cuidado infantil familiar (22)  
salte a la sección FFN (41)

## CENTRO DE CUIDADO INFANTIL

6. Ingrese los grupos de edad de los niños atendidos, la cantidad de aulas, la capacidad autorizada, su inscripción mensual promedio entre marzo del 2021 y febrero de 2022, y su inscripción a partir de marzo de 2022:

|  | Numero de aulas          | Capacidad                | Matricula media marzo 2021- febrero 2022 | Matrícula a partir de marzo de 2022 |
|--|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| Infantes (6 semanas-23 meses)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>            |
| Toddlers (24-35 meses)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>            |
| Preescolar( 36 meses-entrada a Kinder) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>            |
| Edad escolar (kínder y superior)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>            |

7. Si la inscripción promedio es menos de su capacidad, seleccione la opción que mejor explique por qué:

- La capacidad con licencia es mayor que la inscripción en el programa objetivo
- Problemas de personal y falta de capacidad del personal
- Falta de capacidad para reclutar familias
- Debido a COVID-19
- Otro
- N / A

8. Utilice la siguiente tabla para indicar el personal que no trabaja en el aula empleado en su programa:

|                                     | Número de puestos de tiempo completo (35 horas o más por semana) | Número de puestos de tiempo parcial (menos de 35 horas por semana) |
|-------------------------------------|--|--|
| Director de programa                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Supervisora de programa             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Director adjunto                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Coordinadora de educación           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Cocinera                            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Asistente administrativa            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Gerente financiera                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Portero                             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Enfermera/Consultora de salud       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Entrenadora instruccional           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Coordinador de alcance de padres    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Especialista en compromiso familiar | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Coordinadora de admisión            | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| Otro (describe _____)               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

- Para los puestos que ingresó como medio tiempo, ¿cuántas horas se definen como medio tiempo?

9. Utilice la tabla a continuación para indicar la cantidad de personal de aula empleado en su programa::

|  | Aula de | Aula de | Aula de | Aula de edad |
|--|---------|---------|---------|--------------|
|--|---------|---------|---------|--------------|

|                   | infantes                 | toddlers                 | preescolar               | escolar                  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maestra principal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maestra           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maestra asistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ayudante          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flotadora         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Hacen presupuesto para sustitutos? Sí/No

- No
  - ¿Le gustaría presupuestar para los sustitutos? Sí/No
  - En caso afirmativo, ¿cuál es la razón por la que no puede presupuestar los sustitutos?
- Si
  - ¿Cuántas horas al mes usa un sustituto, en promedio?
  - ¿Cuál es la tarifa por hora que paga, en promedio?

#### GASTOS DE PERSONAL

Las siguientes preguntas se refieren a la compensación del personal de su programa. Apreciamos que muchos factores afectan la compensación, incluyendo la educación y la experiencia, y que habrá variaciones dentro de su programa. Le pedimos que utilice su criterio profesional para proporcionar detalles del salario promedio para cada puesto listado. También puede ser útil pensar en el salario que tendría que ofrecer para contratar a un miembro del personal para el puesto que figura en la lista. Como recordatorio, todos los datos se mantendrán confidenciales.

11. ¿Cuál es el salario anual promedio para cada uno de los siguientes puestos? Para "otro", escriba el puesto y el salario anual promedio

|                                     | Salario anual promedio   | Si se asigna menos del 100 % del puesto E a su programa, ingrese el porcentaje que se incluye en el presupuesto de su programa: |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| Director del programa               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Supervisora de programa             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Director adjunto                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Coordinadora de educación           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Cocinera                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Asistente administrativa            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Gerente financiera                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Portero                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Enfermera/Consultora de salud       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Entrenadora instruccional           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Coordinador de alcance de padres    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Especialista en compromiso familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Coordinadora de admisión            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Otro (describe: )                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

12. Las siguientes preguntas se refieren a la compensación de maestros y otro personal. ¿Quiere informar la compensación como salario anual o salario por hora?

- Salario anual
- Salario por hora

13. Anual: ¿cuál es el salario promedio por hora para cada uno de los siguientes puestos?

Por hora: ¿cual es el salario promedio por hora para cada uno de los siguientes puestos?

|                   | Aula de<br>infantes      | Aula de<br>toddlers      | Aula de<br>preescolar    | Aula de edad<br>escolar  |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maestra principal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maestra asistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ayudante          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flotadora         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sustitutos        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. ¿Sus salarios actuales son suficientes para atraer y retener al personal que necesita para brindar un programa de alta calidad?

- Si
- No

a. En caso negativo, ¿qué salario pagaría idealmente para los siguientes puestos?

- i. Maestra principal
- ii. Maestra asistente
- iii. Directora del programa
- iv. Entrenadora instruccional

15. ¿Sus salarios actuales son suficientes para atraer y retener al personal bilingüe?

- Si
- No

a. Si está contratando personal bilingüe, ¿qué punto salarial se necesita para atraer personal bilingüe?

- i. Maestra principal
- ii. Maestra asistente
- iii. Directora del programa
- iv. Entrenadora instruccional

16. ¿Cuáles de los siguientes beneficios ofrece a los empleados de tiempo completo? *Marque todas la que correspondan*

- Ninguno
- Seguro de salud
- Contribución a la jubilación
- Seguro de vida
- Días de enfermedad pagado
- Vacaciones pagado
- Feriados federales/estatales pagados
- Servicios de EAP
- Otro: \_\_\_\_\_

17. ¿Sus beneficios actuales son suficientes para atraer y mantener al personal que necesita para brindar un programa de alta calidad?

¿Que beneficios adicionales le ofrecería idealmente al personal?

- Seguro de salud
- Contribución a la jubilación
- Seguro de vida
- Días de enfermedad pagado
- Vacaciones pagado
- Feriados federales/estatales pagados
- Servicios de EAP
- Otro: \_\_\_\_\_

#### GASTOS DE OCUPACION

18. ¿Recibe alquiler gratuito o reducido por su espacio? es decir, ¿se encuentra en un edificio de propiedad de la ciudad / condado / distrito y no paga alquiler o solo paga una cantidad nominal de alquiler por mes? Si es así, seleccione "sí". Si paga

"alquiler de mercado" por su espacio, seleccione "no". Seleccione solo uno.

- Si
- No
- No se

19. En caso negativo, ¿es dueño de su espacio o lo alquila / arrienda?

- Alquiler/arrendamiento
- Propio
  - a. ¿Cuál es su costo por pie cuadrado para alquilar / arrendar su espacio?
  - b. ¿Cuál es su pago hipotecario mensual?

20. ¿Cuánto gasta en servicios públicos cada mes?

## HORARIOS NO TRADICIONALES

21. Proporciona cuidado de niños fuera del horario de 6 a. m. a 7 p. m.?

- No
- Sí
  - a. En caso afirmativo, ¿cuál es la tarifa por hora que paga al siguiente personal por cubrir estas horas?
    - i. Maestra principal
    - ii. Maestra
    - iii. Maestra asistente
    - iv. Ayudante

Salte a la selección de ingresos (49)

## CUIDADO INFANTIL FAMILIAR (FCC)

22. ¿Cuál es su capacidad total con licencia?

23. Utilice la tabla a continuación para indicar la cantidad de niños y los grupos de edad de los niños atendidos en su programa, en promedio durante los últimos 12 meses y específicamente para el mes de marzo 2022.

|   | Promedio de niños matriculados | Matrícula a partir de marzo de 2022 |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| Infantes (6 semanas- 23 meses)          | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| Toddlers (24 - 35 meses)                | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| Preescolar (36 meses- entrada a kinder) | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |
| Edad escolar (kinder y superior)        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>            |

24. Si la inscripción promedio es menos de su capacidad con licencia, seleccione todas las opciones que aplican:

- La capacidad con licencia es mayor que la inscripción en el programa objetivo
- Problemas de personal y falta de capacidad del personal
- Debido a COVID-19
- Otro
- N / A

25. ¿Aproximadamente cuántas horas a la semana proporciona cuidado de niños?

26. ¿Cuántas horas a la semana dedica usted (y sus familiares/amigos no remunerados) a su negocio de cuidado infantil además de las horas que brinda cuidado directo a los niños? (por ejemplo, compras de comestibles y suministros para el programa, planificación de lecciones, gestión de inscripción, incluidas las familias potenciales, mantenimiento de registros, contabilidad, limpieza y desinfección, trabajo con los padres, capacitaciones para el proveedor y el personal, navegación en

los sitios web estatales de cuidado infantil y más. Incluya el tiempo que pasa en estas actividades si debe realizarlas mientras cuida a los niños porque no tiene otra opción).

## GASTOS DEL PROGRAMA

Las preguntas de esta sección se alinean con la información que incluye en su formulario de impuestos del Anexo C. Si no tiene esta información, utilice su mejor estimación. Como recordatorio, todos los datos se mantendrán estrictamente confidenciales.

27. ¿Cuál es el total de pies cuadrados de su casa?
28. ¿Cuál es el total de pies cuadrados de su casa que se utiliza para el cuidado de niños?
29. ¿Cuánto pagas en alquiler / hipoteca por mes?
- ¿La cantidad que paga es igual a la cantidad total del alquiler/hipoteca? si, no, no se
  - Si no, ¿cuál es el monto total de la renta/hipoteca de la casa?
30. Si tiene una segunda hipoteca o línea de equidad, ¿cuál es la cantidad que paga por mes por este préstamo?
31. ¿Cuánto pagas por los servicios públicos por mes?
32. ¿Cuáles son sus ingresos anuales de su negocio? Este podría ser un salario que se paga a sí mismo, o las ganancias / ingresos de su negocio después de que se hayan pagado todos los gastos. Puedes encontrar esto en la línea 31 de su formulario de impuestos del Anexo C. Proporcione esta información para el año calendario más reciente y 2019, si es posible:

| año                        | Ingreso anual |
|----------------------------|---------------|
| 2019                       | \$            |
| año calendario más recenté | \$            |

33. ¿Su ingreso/salario actual es suficiente?
- Si
  - No
  - En caso negativo, ¿cuál es su ingreso anual ideal de su negocio de cuidado infantil?
34. ¿Su negocio de cuidado infantil le brinda alguno de los siguientes beneficios? *Seleccione todas las que correspondan. Solo seleccione los beneficios pagados con los gastos de su negocio de cuidado infantil.*
- Seguro de salud
  - Contribución a la jubilación
  - Seguro de vida
  - Días de enfermedad pagado
  - Vacaciones pagado
  - Feriados federales/estatales pagados
  - Seguro de atención a largo plazo
  - Seguro de entierro
  - Apoyos de salud mental
  - Otro \_\_\_\_\_
  - No puedo pagar ninguno de estos de mi negocio de cuidado infantil
- 
35. ¿Su programa emplea personal?
- Si *Ve a la pregunta 36*
  - No *Salte a la sección de ingresos (49)*

## COMPENSACION DEL PERSONAL DE FCC

36. Utilice la siguiente tabla para detallar su personal, el promedio de horas trabajadas por semana y el salario por hora. Indique

la cantidad de personal y las horas, incluso si estas funciones están a cargo de voluntarios no remunerados o miembros de la familia:

|                       | Numero de empleados      | Promedio de horas por semana por miembro del personal | Salario promedio por hora |
|-----------------------|--------------------------|---|---------------------------|
| Maestra principal     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| Asistente             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| Sustituto/flotadora   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| Otro                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |
| Proveedor/propietario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>  |

37. ¿Sus salarios actuales son suficientes para atraer y retener al personal que necesita para brindar un programa de alta calidad?

- Si
- No.
- En caso negativo, ¿qué salario pagaría idealmente para los siguientes puestos?
  - Asistente
  - Otro \_\_\_\_\_

38. ¿Cuáles de los siguientes beneficios ofrece a los empleados de tiempo completo? *Marque todas la que correspondan*

- Seguro de salud
- Contribución a la jubilación
- Seguro de vida
- Días de enfermedad pagado
- Vacaciones pagado
- Feriados federales/estatales pagados
- Servicios de EAP
- Atención de largo plazo
- Otro: \_\_\_\_\_

39. ¿Sus beneficios actuales son suficientes para atraer y mantener al personal que necesita para brindar un programa de alta calidad?

- Si
- No
  - a. En caso negativo, ¿qué beneficios adicionales ofrecería al personal?
    - Seguro de salud
    - Aportación al plan de jubilación
    - Seguro de vida
    - Días de enfermedad pagados
    - Vacaciones pagas
    - Feriados federales/estatales pagados
    - Servicios de EAP
    - Atención de lago plazo
    - Otro \_\_\_\_\_

## HORARIOS NO TRADICIONALES

40. Proporciona cuidado de niños fuera del horario de 6 a. m. a 7 p. m, lunes a viernes, o cuidado infantil los sábados y domingos.?

- No
- Sí
  - a. En caso afirmativo, ¿cuál es la tarifa por hora que paga al siguiente personal por cubrir estas horas?
    - i. Maestra

- ii. Ayudante
- iii. Sustituta

salte a la sección de ingresos (49)

### CUIDADO DE FAMILIARES, AMIGOS, O VECINOS (hogar exento de licencia/ proveedora de Trustline/pariente)

41. ¿Cuida de algún niño con el que no tiene parentesco?
  - Sí
  - No
42. ¿ En promedio, ¿a cuántos niños cuida diariamente, tanto los relacionados como los no relacionados con usted?
  - Relacionados
  - No relacionados
43. ¿Cuántas horas al día cuidas a los niños en promedio?
44. ¿Cuántas horas adicionales a la semana dedica a actividades relacionadas con el cuidado de niños (como llenar formularios, comprar alimentos o suministros, navegar por los sitios web estatales de cuidado infantil)?
45. ¿Proporciona cuidado en su hogar o en el hogar del niño?
  - a. En mi casa                      Ve a la pregunta 46
  - b. En la casa del niño            Salte a la sección de ingresos (49)
46. ¿Cuánto gasta anualmente en:
  - a. Ocupación (alquiler, hipoteca)
  - b. Suministros (comida, limpieza, juguetes, pañales, papel, libros, todos los materiales y suministros)
  - c. Los gastos del vehículo
47. ¿Cuánto gasta anualmente en capacitación o educación para usted?
48. Proporciona cuidado de niños fuera del horario de 6 a. m. a 7 p. m, lunes a viernes, o cuidado infantil los sábados y domingos.?
  - No
  - Sí

salte a la sección de ingresos (49)



## INGRESOS

La siguiente sección pregunta sobre las fuentes de ingresos a las que accede para cubrir el costo de operación de su programa.

49. ¿Cuál de las siguientes fuentes de ingresos recibe su programa? *Marque todas las que correspondan.*
  - Matricula privada para padres
  - Tarifas adicionales para padres
  - Pago Alternativa (CAPP)
  - CalWORKs etapa una

- CalWORKs etapa dos
- CalWORKS etapa tres
- Migrant Alternative Payment Program (CMAP)
- General Child Care and Development (CCTR)
- Migrant Child Care and Development (CMIG)
- Children with Severe Disabilities (CHAN)
- Family Child Care Education Home Networks (CFCC)
- California State Preschool Program (CSPP)
- Emergency Child Care Bridge for Foster Care Children (Bridge)
- Head Start
- Early Head Start
- Programa de alimentos de USDA (Child and Adult Care Food Program/CACFP)
- Recaudación de fondos
- Otro \_\_\_\_\_

50. ¿Cuál de las siguientes fue su PRINCIPAL fuente de ingresos en el año fiscal anterior? (selecciona solo uno)

- Matricula privada para padres
- Tarifas adicionales para padres
- Pago Alternativa
- CalWORKs etapa una
- CalWORKs etapa dos
- CalWORKS etapa tres
- Migrant Alternative Payment Program (CMAP)
- General Child Care and Development (CCTR)
- Migrant Child Care and Development (CMIG)
- Children with Severe Disabilities (CHAN)
- Family Child Care Education Home Networks (CFCC)
- California State Preschool Program (CSPP)
- Emergency Child Care Bridge for Foster Care Children (Bridge)
- Head Start
- Early Head Start
- Programa de alimentos de USDA (Child and Adult Care Food Program/CACFP)
- Recaudación de fondos
- Otro \_\_\_\_\_

51. Aproximadamente qué porcentaje de sus niños inscritos recibió subsidio de cuidado infantil en marzo 2022

- N/A
- 0-15%
- 16-30%
- 31-45%
- 46-60%
- 61-75%
- 76-100%

---

## INFORMACION ADICIONAL (OPCIONAL)

Estas preguntas ayudan a garantizar que se recopilen encuestas de una amplia muestra representativa de proveedores en todo el estado.

52. Utilice el espacio a continuación si hay alguna información adicional relacionada con el costo de operación de su programa que desee compartir con nosotros \_\_\_\_\_

Por favor proporcione su nombre y dirección de correo electrónico en caso de que necesitemos hacer un seguimiento con alguna pregunta sobre su respuesta. Como recordatorio, sus respuestas individuales solo se compartirán con los investigadores del equipo del estudio. Los datos solo se informarán en conjunto sin identificadores de programas individuales.

- 53. Nombre
- 54. Título
- 55. Organización
- 56. Correo electrónico

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

¿Cómo te identificas en términos de etnia?

- Hispano/Latino/LatinX
- No Hispano/Latino/LatinX

¿Cómo te identificas en términos de raza?

- Nativo de Alaska/Nativo americano
- Asiático
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- África del Norte/Pascua Media
- Dos o más razas
- Blanco
- Otro
- No sé/prefiero no decir

58. Aproximadamente, ¿qué porcentaje de su personal es bilingüe?

59. ¿Qué idiomas habla el personal?

- Inglés
- Español
- Chino, incluido el cantonés o el mandarín
- Coreano
- Farsi
- Tagalo
- Vietnamita
- Lenguaje de signos americano
- Otro (\_\_\_\_\_)

## GASTOS ADICIONALES (no personales- opcional)

Esta encuesta se centra en los factores importante de costo del salario y la compensación. Si desea compartir información adicional sobre sus otros gastos del programa, hágalo con este conjunto opcional de preguntas relacionadas con el personal. Estos detalles que no son de personal pueden ser estimaciones de sus gastos para cada categoría y pueden informarse como costo anual o mensual.

Complete el monto anual o mensual para cada una de las siguientes categorías de gastos. Si un gasto no se aplica a su programa, déjelo en blanco

|                                | Incluye costo?           | Costos anuales           |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Suministros/equipos de oficina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teléfono/internet              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Seguro (responsabilidad infantil, profesional, todos)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honorarios legales/profesionales (recursos humanos, contabilidad, otros)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auditoría  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tarifas/Permisos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regalos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastos de recaudación de fondos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asociación profesional/membresías  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividades de contratación/retención  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuota de administración  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ocupación  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Renta/arrendamiento/hipoteca (incluye impuestos de bienes raíces)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otra ocupación (incluidos servicios públicos, control de plagas, césped/paisajismo y mantenimiento de edificios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mantenimiento/Reparaciones/Renovaciones  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Equipo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Limpieza/Conserjería   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentos y artículos relacionados con alimentos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suministros escolares  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suministros médicos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suministros educativos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Servicio de lavandería   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ayuda para la matrícula  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Actividades para padres  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transporte Infantil  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excursiones/Eventos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consultores profesionales (enfermera, salud mental, programa)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personal Temporal/Suplentes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastos de entrenamiento/desarrollo profesional   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Viajes del personal  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |