

2024 Encuesta de Costo de los Proveedores de Cuidado Infantil y Preescolar en Nevada – Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar con licencia y dirijo un hogar de cuidado infantil familiar grupal con licencia

I. Introducción

Esta encuesta es realizada por una organización sin fines de lucro llamada [Prenatal to Five Fiscal Strategies](#) (P5FS) de parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social de Nevada (Nevada Department of Health and Human Services, Division of Welfare and Supportive Services, DWSS) como parte [proyecto de Metodología Alternativa de Nevada 2024](#) para comprender el verdadero costo y ganancia de cuidado que tienen los proveedores. La encuesta pregunta sobre la inscripción, los ingresos y los gastos (por ejemplo, salarios del personal, beneficios, alquiler/hipoteca, suministros, equipos, etc.).

La información que proporcione aquí se combinará con los aportes de las conversaciones con todo tipo de proveedores de cuidado infantil de todas las regiones del estado. DWSS usará esta información para informar cómo se pueden establecer futuras tasas de reembolso en el estado y para comprender el verdadero costo de cuidado.

La encuesta es para personas, organizaciones, y programas que brindan servicios de cuidado infantil a niños desde el nacimiento hasta los doce años en Nevada. Debido a que la mayoría de las preguntas de la encuesta se refieren a los costos en los que incurrió en el cuidado de 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 con licencia (o exento de licencia)
- Un propietario de un hogar de cuidado infantil familiar 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

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 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.

Las tarifas y horarios de atención se compartirán con The Children's Cabinet, al igual que las encuestas de tarifas de mercado anteriores. Toda la demás 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: Nevada@prenatal5fiscal.org o llame al (217) 469-5250 y alguien de nuestro equipo le devolverá la llamada.

Después de completar la encuesta, recibirá un certificado de mercancía de \$50 para Lakeshore Early Learning.

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). Su información de identificación personal no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el de compartir tarifas y horarios de cuidado con The Children's Cabinet, enviarle su certificado de mercancía o comunicarnos con usted en caso de que tengamos una pregunta aclaratoria sobre sus respuestas a la encuesta. 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.

II. Información del contacto

Por favor complete la siguiente información para asegurarse de que reciba su certificado de mercancía de Lakeshore Early Learning.

2.	Nombre	
3.	Número de teléfono	
4.	Correo electrónico*	
5.	De la lista a continuación, seleccione la opción que mejor describa el tipo de programa o apoyo de cuidado infantil que proporciona (seleccione uno):*	
	<input type="checkbox"/>	Dirijo un centro de cuidado infantil con licencia
	<input type="checkbox"/>	Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar con licencia
	<input type="checkbox"/>	Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar grupal con licencia
	<input type="checkbox"/>	Programa privado de tiempo fuera de la escuela (por ejemplo, Boys & Girls Club, club juvenil sin fines de lucro, club de niños con fines de lucro, programas religiosos para jóvenes)
	<input type="checkbox"/>	Programa público de tiempo fuera de la escuela (programas operados por entidades gubernamentales de la ciudad o el condado) [saltar hasta el final]
	<input type="checkbox"/>	Dirijo un centro tribal de cuidado infantil
	<input type="checkbox"/>	Dirijo un hogar tribal de cuidado infantil familiar
	<input type="checkbox"/>	Proporcione cuidado al niño (o niños) de un miembro de la familia, un amigo o un vecino, pero no tengo licencia
6.	Nombre del programa*	
7.	Numero de licencia del programa o centro de cuidado infantil*	
8.	Dirección y ciudad del programa/centro*	
9.	Código postal del programa/centro*	
10.	Condado del programa* (si no está seguro, ingrese la dirección aquí e identificará el condado)	
	<input type="checkbox"/>	Carson City
	<input type="checkbox"/>	Churchill
	<input type="checkbox"/>	Clark
	<input type="checkbox"/>	Douglas
	<input type="checkbox"/>	Elko
	<input type="checkbox"/>	Esmeralda
	<input type="checkbox"/>	Eureka
	<input type="checkbox"/>	Humboldt
	<input type="checkbox"/>	Lander
	<input type="checkbox"/>	Lincoln
	<input type="checkbox"/>	Lyon
	<input type="checkbox"/>	Mineral
	<input type="checkbox"/>	Nye
	<input type="checkbox"/>	Pershing
	<input type="checkbox"/>	Storey
	<input type="checkbox"/>	Washoe
	<input type="checkbox"/>	White Pine
11.	¿Cuál es su función principal en este centro?	
	<input type="checkbox"/>	Propietario de negocio/ Dirijo un hogar de cuidado infantil familiar con licencia
	<input type="checkbox"/>	Propietario un centro de cuidado infantil con licencia
	<input type="checkbox"/>	Director ejecutivo
	<input type="checkbox"/>	Director de programas

<input type="checkbox"/>	Director asistente
<input type="checkbox"/>	Personal de finanzas y contabilidad
<input type="checkbox"/>	Maestro/a o asistente de maestra/o o ayudante
<input type="checkbox"/>	Consejero/a
<input type="checkbox"/>	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.

III. Capacidad y Matrícula

12.	[solo casas con licencia] ¿Cuál es la capacidad con licencia (número máximo de niños) en su programa?	
	Comentarios	
13.	¿Cuántos espacios del programa/centro están actualmente ocupados/inscritos?	
	Bebés menores de 1 año (desde el nacimiento hasta los 12 meses)	
	Niños pequeños de 1 a 3 años (12 a 36 meses)	
	Niños preescolares (3 a 6 años)	
	Niños en edad escolar (6 años o más)	
	TOTAL	
	Comentarios	
14.	¿Cuál es su inscripción de niños deseada?	
	Bebés menores de 1 año (desde el nacimiento hasta los 12 meses)	
	Niños pequeños de 1 a 3 años (12 a 36 meses)	
	Niños preescolares (3 a 6 años)	
	Niños en edad escolar (6 años o más)	
	TOTAL	
	Comentarios	
15.	En promedio, ¿cuántos niños están <u>actualmente</u> inscritos en CUIDADO ANTES Y DESPUÉS DE LA ESCUELA?	
16.	En promedio, ¿cuántos niños están <u>actualmente</u> inscritos en cuidado de HORAS NO TRADICIONALES (antes de las 7 a.m., después de las 6 p.m., o los fines de semana)?	

17.	¿Cuántos niños con NECESIDADES ESPECIALES están actualmente inscritos en su programa/centro?	
-----	---	--

IV. Horas de operación

18.	¿Qué días de la semana está abierto y atiende a niños su programa/centro?	
	Abierto	No abierto
	Lunes	<input type="checkbox"/>
	Martes	<input type="checkbox"/>
	Miércoles	<input type="checkbox"/>
	Jueves	<input type="checkbox"/>
	Viernes	<input type="checkbox"/>
	Sábado	<input type="checkbox"/>
	Domingo	<input type="checkbox"/>
	Comentarios	
19.	¿Cuales son sus horas de operación?	
	Hora de apertura	Hora de cierre
	Lunes	
	Martes	
	Miércoles	
	Jueves	
	Viernes	
	Sábado	
	Domingo	
	Comentarios	
20.	¿Ofrecen cuidado de TIEMPO COMPLETO ? [si es así, continúa] [si no, salta a 22]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21.	¿Cuántas horas por semana definen cuidado de TIEMPO COMPLETO en su programa/centro?	horas por semana
22.	¿Ofrecen cuidado de TIEMPO PARCIAL ? [si es así, continúa] [si no, salta a 24]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23.	¿Cuántas horas por semana definen cuidado de TIEMPO PARCIAL en su programa/centro?	horas por semana
24.	¿Ofrecen cuidados variados y flexibles para familias cuyos horarios cambian de una semana a otra o de un día a otro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Comentarios	
25.	¿Ofrecen cuidado sin cita previa??	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26.	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre los días y horas de operación?	

--	--

V. Tarifas de inscripción/ matrícula

Como alternativa a responder preguntas sobre sus tarifas, puede cargar un programa de tarifas/tarifas de matrícula estándar para este programa/centro haciendo clic en el enlace "navegar" a continuación o enviando un correo electrónico a Nevada@prenatal5fiscal.org.

27.	¿Cargó o envió por correo electrónico la tarifa de matrícula estándar/programa de tarifas de su programa/centro? [en caso afirmativo, pase al 36] [en caso negativo, continúe]	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Tarifas a tiempo completo			
	Tarifas	Esta tarifa Se cobra por:	
28.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO COMPLETO para BEBÉS (desde 0 a los 12 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hourly	<input type="checkbox"/> Daily
		<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Monthly
		<input type="checkbox"/> Other (please describe in comments)	
Comentarios			
29.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO COMPLETO para NIÑOS PEQUEÑOS DE 1 A 3 AÑOS (12 a 36 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hourly	<input type="checkbox"/> Daily
		<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Monthly
		<input type="checkbox"/> Other (please describe in comments)	
Comentarios			
30.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO COMPLETO para NIÑOS PREESCOLARES (desde 0 a los 12 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hourly	<input type="checkbox"/> Daily
		<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Monthly
		<input type="checkbox"/> Other (please describe in comments)	
Comentarios			

31.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO COMPLETO para NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (6 años o más)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other (please describe in comments)
	Comentarios	
Tarifas a tiempo parcial		
	Tarifas	Esta tarifa se cobra por:
32.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO PARCIAL para BEBÉS (desde 0 a los 12 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otre (describa en los comentarios)
	Comentarios	
33.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO PARCIAL para NIÑOS PEQUEÑOS DE 1 A 3 AÑOS (12 a 36 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otre (describa en los comentarios)
	Comentarios	
34.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO PARCIAL para NIÑOS PREESCOLARES (desde 0 a los 12 meses)? (por favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otre (describa en los comentarios)
	Comentarios	
35.	¿Cuál es la tarifa de TIEMPO PARCIAL para NIÑOS EN EDAD ESCOLAR (6 años o más)? (por	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Diaria

	favor ingrese la tarifa por hora, diaria, semanal O mensual)	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otre (describa en los comentarios)
	Comentarios	
36.	¿Cobra más por proporcionar cuidado durante horarios no tradicionales (antes de las 7 a.m., después de las 6 p.m., durante la noche o los fines de semana)? [si es así, continúa] [si no, salta a 38]	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
37.	¿Cómo se determinan las tarifas para cuidado durante horarios no tradicionales (antes de las 7 a.m., después de las 6 p.m., durante la noche o los fines de semana)?	
38.	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre sus tarifas?	

VI. Ganancia

39.	¿Cuál de las siguientes fuentes de ingresos recibe este programa/centro? (seleccione todas las que correspondan)
	<input type="checkbox"/> Matrícula privada para padres/familias
	<input type="checkbox"/> Tarifas adicionales más allá de la matrícula (por ejemplo, tarifas de solicitud, tarifas de viaje de campo, tarifas por pagos atrasados)
	<input type="checkbox"/> Programa de Subsidio de Cuidado Infantil (a través de Las Vegas Urban League o The Children's Cabinet)
	<input type="checkbox"/> Head Start/ Early Head Start/Tribal Head Start
	<input type="checkbox"/> Programa de prekínder para Nevada llamado NV!PK (Nevada Ready Pre-Kindergarten Program)
	<input type="checkbox"/> Programa de Alimentos del USDA (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos/CACFP, el Programa de Nutrición Escolar incluye el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayunos Escolares)
	<input type="checkbox"/> Subvención
	<input type="checkbox"/> Impuestos locales
	<input type="checkbox"/> Otro – Explique
	Comments
40.	De las fuentes de ingresos seleccionadas, ¿cuál es la fuente de ingresos MÁS GRANDE para este programa/centro? (Seleccione uno)
	<input type="checkbox"/> Matrícula privada para padres/familias

<input type="checkbox"/>	Tarifas adicionales más allá de la matrícula (por ejemplo, tarifas de solicitud, tarifas de viaje de campo, tarifas por pagos atrasados)
<input type="checkbox"/>	Programa de Subsidio de Cuidado Infantil (a través de Las Vegas Urban League o The Children's Cabinet)
<input type="checkbox"/>	Head Start/ Early Head Start/Tribal Head Start
<input type="checkbox"/>	Programa de prekínder para Nevada llamado NV!PK (Nevada Ready Pre-Kindergarten Program)
<input type="checkbox"/>	Programa de Alimentos del USDA (Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos/CACFP, el Programa de Nutrición Escolar incluye el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayunos Escolares)
<input type="checkbox"/>	Subvención
<input type="checkbox"/>	Impuestos locales
<input type="checkbox"/>	Otro – Explique
Comments	

VII. Subsidio

41.	¿Participa en el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil (a través de Las Vegas Urban League o The Children's Cabinet)? [si es así, continúa] [si no, salta a 44]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42.	¿Cuántos niños que están actualmente inscritos en este programa/sitio reciben subsidio de cuidado infantil a través del Programa de Subsidio de Cuidado Infantil?		
43.	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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comentarios			
44.	¿Cuáles son las barreras o desafíos, si los hay, para participar en el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil? (seleccione todas las que correspondan)		
<input type="checkbox"/>	Las tasas de reembolso son demasiado bajas		
<input type="checkbox"/>	Retrasos en recibir el reembolso		
<input type="checkbox"/>	No hay suficientes familias que califiquen/No hay suficiente demanda		
<input type="checkbox"/>	No conozco lo suficiente sobre el programa		
<input type="checkbox"/>	El programa es confuso		
<input type="checkbox"/>	La comunicación del estado y/o los socios estatales es deficiente		
<input type="checkbox"/>	No tengo el tiempo		
<input type="checkbox"/>	No tengo los recursos		
<input type="checkbox"/>	Problemas para recibir copagos de los padres/familias		
<input type="checkbox"/>	Problemas con la administración de copagos a padres/familias		
<input type="checkbox"/>	Necesito más información sobre cómo inscribirse en el programa		

<input type="checkbox"/>	El papeleo es muy difícil
<input type="checkbox"/>	No tengo desafíos ni experiencias barreras con el programa
<input type="checkbox"/>	Otro – Explique
Comentarios	

VIII. Personal y Salarios

45.	¿Ganó lo suficiente en su negocio en 2023 para pagarse un salario?? [si es así, continúa] [si no, salta a 47]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
46.	¿Aproximadamente cuánto pudo pagar usted mismo o cuánto tuvo disponible para cubrir sus gastos personales (no de negocios) cada mes?	\$	por mes
47.	Durante el último año en que presentó su declaración de impuestos, ¿su negocio de cuidado infantil obtuvo ganancias después de gastos? [si es así, continúa] [si no, salta a 49]		
	<input type="checkbox"/> Sí		
	<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> No lo sé		
	<input type="checkbox"/> No corresponde		
Comentarios			
48.	¿En qué año y cuánto fue su ganancia?		
	Año	Ganancia	\$
49.	¿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):		
	<input type="checkbox"/> Alquiler o hipoteca		
	<input type="checkbox"/> Alimentación		
	<input type="checkbox"/> Vestimenta		
	<input type="checkbox"/> Transporte		
	<input type="checkbox"/> Atención médica		
	<input type="checkbox"/> Tiempo libre remunerado / vacaciones		
	<input type="checkbox"/> Deuda personal (deuda de tarjeta de crédito, préstamos, etc.)		
	<input type="checkbox"/> Otro - Explique		
	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
Comentarios			
50.	¿Aproximadamente cuántas horas por semana dedica usted al cuidado de niños? (por favor ingrese un número entre 0 y 168)		horas por semana

51. 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

Comentarios

52. 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 [si se selecciona, salte a 54]

53. 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) 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			

IX. Beneficios

54. ¿Tenía usted cobertura de seguro médico en 2023? [si es así, continúa] [si no, salta a 56] Sí No

55. ¿Qué cobertura de seguro médico tenía?

Compré mi propio seguro médico.

Medicaid

	<input type="checkbox"/> Medicare		
	<input type="checkbox"/> Seguro de cónyuge/pareja		
	<input type="checkbox"/> Otro - Explique		
	Comentarios		
56.	¿Cuáles de los siguientes beneficios adicionales puede pagar a través de su negocio de cuidado infantil? (seleccione todas las que correspondan)		
	<input type="checkbox"/> Seguro dental		
	<input type="checkbox"/> Seguro de la vista		
	<input type="checkbox"/> Jubilación		
	<input type="checkbox"/> Seguro de vida		
	<input type="checkbox"/> Seguro de cuidado a largo plazo		
	<input type="checkbox"/> Días de enfermedad pagados		
	<input type="checkbox"/> Días de vacaciones pagados		
	<input type="checkbox"/> Feriados federales/estatales pagados		
	<input type="checkbox"/> Días de desarrollo profesional pagados		
	<input type="checkbox"/> Programas de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés)		
	<input type="checkbox"/> Otro – Explique		
	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
	Comentarios		
57.	¿Está aprovechando el programa financiado por el estado Programa de Beneficios de Servicios de Telesalud a través del Registro de Nevada?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
58.	¿Tiene acceso a algún beneficio adicional a través del empleador de su cónyuge/pareja? <i>[si es así, continúa] [si no, salta a 60]</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
59.	¿A qué beneficios tiene usted acceso a través del empleador de su cónyuge/pareja? (seleccione todas las que correspondan)		
	<input type="checkbox"/> Seguro dental		
	<input type="checkbox"/> Seguro de la vista		
	<input type="checkbox"/> Jubilación		
	<input type="checkbox"/> Seguro de vida		
	<input type="checkbox"/> Seguro de cuidado a largo plazo		
	<input type="checkbox"/> Programas de Asistencia al Empleado (EAP, en inglés)		
	<input type="checkbox"/> Otro – Explique		
	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
	Comentarios		
60.	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre compensación y beneficios?		

	Comentarios
--	-------------

X. Gastos No Personales

61.	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	\$
62.	¿Cuáles son los pies cuadrados de su casa?	
63.	¿Qué pies cuadrados se utilizan para su negocio de cuidado infantil?	

XI. Poblaciones Especiales

64.	¿Brinda cuidado a niños y familias que demostrator alguna de las siguientes circunstancias? (Por favor seleccione todo lo que corresponda)
	<input type="checkbox"/> Niños que aprenden más de un idioma <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Niños con necesidades particulares relacionadas con retrasos, discapacidades o condiciones médicas <input type="checkbox"/> Niños involucrados en el sistema de bienestar infantil o en riesgo de abuso o negligencia <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> Niños cuyas familias necesitan cuidado durante horas no tradicionales (antes de las 7:00 AM, después de las 6:00 PM, los fines de semana o que tienen horarios que varían de una semana a otra o de un día a otro día) <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores [saltar hasta el final]
65.	[Si sirve DLL] ¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a niños que aprenden más de un idioma? (por favor describa) Por favor describa:

66.	<p>[Si sirve apoyo conductual adicional]</p> <p>¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a niños que requieren apoyo conductual adicional? (por favor describa)</p> <p>Por favor describa:</p>
67.	<p>[Si sirve discapacidades]</p> <p>¿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)</p> <p>Por favor describa:</p>
68.	<p>[Si sirve involucrados en el sistema de bienestar infantil]</p> <p>¿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?</p> <p>Por favor describa:</p>
69.	<p>[Si sirve sin hogar]</p> <p>¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a niños sin hogar/ que no tienen vivienda?</p> <p>Por favor describa:</p>
70.	<p>[Si sirve horas no tradicionales]</p> <p>¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a niños cuyas familias necesitan cuidado durante horas no tradicionales?</p> <p>Por favor describa:</p>

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 “sesiones de aportes”. Si desea obtener más información sobre el proyecto o registrarse para una de estas sesiones de aportes, visite www.prenatal5fiscal.org/nevada/nv-engagement.

71. 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 _____