

2024 Encuesta de Costo de los Proveedores de Cuidado Infantil y Preescolar en Nevada

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

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 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.	From the list below, please select the option that best describes the type of child care you provide (please select one):*			
	<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"/>	Proporciono cuidado al niño (o niños) de un miembro de la familia, un amigo o un vecino, pero no tengo licencia		
6.	Código postal del programa/centro*			
7.	Condado del programa* (si no está seguro, ingrese la dirección aquí e identificará el condado)			
	<input type="checkbox"/>	Carson City	<input type="checkbox"/>	Lincoln
	<input type="checkbox"/>	Churchill	<input type="checkbox"/>	Lyon
	<input type="checkbox"/>	Clark	<input type="checkbox"/>	Mineral
	<input type="checkbox"/>	Douglas	<input type="checkbox"/>	Nye
	<input type="checkbox"/>	Elko	<input type="checkbox"/>	Pershing
	<input type="checkbox"/>	Esmeralda	<input type="checkbox"/>	Storey
	<input type="checkbox"/>	Eureka	<input type="checkbox"/>	Washoe
	<input type="checkbox"/>	Humboldt	<input type="checkbox"/>	White Pine
	<input type="checkbox"/>	Lander		

III. Cuidado FFN (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)

8.	¿Cuántos niños de cada uno de los siguientes grupos de edad cuida?	
	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	
9.	¿Está registrado en el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil y recibe subsidio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Comentarios	
10.	¿Cuáles son las barreras para participar en el Programa de Subsidio de Cuidado Infantil? (por favor describa)	
11.	¿Dónde suele proporcionar cuidado infantil? (por favor seleccione uno)	
	<input type="checkbox"/> En mi hogar	
	<input type="checkbox"/> En el hogar del niño/niños	
	<input type="checkbox"/> Ambos, en mi hogar como en el hogar del niño/niños	
	<input type="checkbox"/> En otro lugar (por favor describa)	
12.	¿Aproximadamente cuántas horas por semana dedica usted al cuidado de niños? (por favor ingrese un número entre 0 y 168)	horas por semana
13.	¿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)	horas por semana
14.	¿Proporciona usted cuidado antes de las 7:00 AM, después de las 6:00 PM, durante la noche o los fines de semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Comentarios	
15.	¿Con qué frecuencia los padres/tutores le pagaron dinero para que proporcionara cuidado infantil a cualquiera de estos niños? (Recuerde que cualquier información se mantendrá confidencial y su nombre no se conectará con su respuesta)	
	<input type="checkbox"/> Siempre	
	<input type="checkbox"/> A veces	
	<input type="checkbox"/> Nunca	
	Comentarios	
16.	Cuando recibe el pago, ¿cuánto le pagan aproximadamente POR SEMANA para brindar cuidado infantil (total para todos los niños)?	\$ _____ por semana
17.	¿Tiene un trabajo pagado además de proporcionar cuidado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	infantil?		
18.	¿Tiene cobertura de seguro médico para usted? [si es así, continúa] [si no, salta a 20]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Comentarios		
19.	¿Qué cobertura de seguro médico tienes?		
	<input type="checkbox"/>	Contraté mi propio seguro de salud	
	<input type="checkbox"/>	Medicaid	
	<input type="checkbox"/>	Medicare	
	<input type="checkbox"/>	Cubierto por el seguro de cónyuge/pareja	
	<input type="checkbox"/>	Otro – Explique	

IV. Gastos No Personales

20.	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	\$

V. Poblaciones Especiales

21.	¿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]
22.	<p>[Si sirve DLL]</p> <p>¿En qué costos adicionales, si los hay, incurre al cuidar a niños que aprenden más de un idioma? (por favor describa)</p> <p>Por favor describa:</p>
23.	<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>
24.	<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>
25.	<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>
26.	<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>
27.	<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.

28. 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 _____