



Evaluación de necesidades de cuidado infantil

¿Tiene niños menores de 12 años? ¿Tiene a su niño en cuidado infantil o está buscando cuidado infantil?
Todas las respuestas son confidenciales; su información no será compartida. Favor de enviar antes de 4/1/21

1. ¿En cuál de los cinco municipios usted vive?
 Clarkstown Haverstraw Orangetown Ramapo Stony Point
2. ¿Cuál es su estructura familiar?
 Madre soltera trabando Madre soltera sin trabajo
 Padre soltero trabajando Padre soltero sin trabajo
 Madre y Padre/2 Guardianes, los 2 trabajando
 Madre y Padre/2 Guardianes, solo 1 trabajando
 Madre y Padre/2 Guardianes, ninguno trabajando
3. ¿Cuántos hijos tiene? # en cada grupo
 infantes (0 -17 meses) _____
 Niños pequeños (18-35 meses) _____
 Niños Preescolares (3-5 años) _____
 Kindergarten a 6th grado _____
 7th a 9th grado _____
4. ¿Cuál es su ingreso familiar?
 No ingreso menos de \$50,000 \$50,000-\$100,000
 \$101,000-\$250,000 más de \$250,000
5. ¿Usted a tenido dificultad para pagar el cuidado infantil?
 siempre muchas veces algunas veces muy raro nunca
6. Para pagar por el cuidado infantil usted alguna vez a:
 Prestado dinero de su familia o amigos reducir sus horas de trabajo
 cortar los gastos básicos de su hogar cortar las horas de cuidado
 le a pedido a su familia o amigos que le cuiden a su hijo/s

7. ¿Recibe asistencia pública (subsidio) para pagar por el cuidado infantil?

Si No

8. ¿Usted tiene problema pagando su parte asignada por la asistencia pública?

Si No N/A

9. ¿Cuáles son las 2 razones más importantes por lo que selecciono el cuidado infantil actual?

Calidad ubicación- cerca de casa ubicación – cerca del trabajo costo
 Cuidado por un familiar niño esta feliz en el programa no hay muchos niños
 El programa acepta pagos de subsidio programa de buena educación
 El Proveedor esta entrenado/educado Como me trataron en la primera visita
 Escuchado cosas muy buenas de otros padres las actividades ofrecidas a los niños
 Mis otros niños han asistido a ese programa
 Experiencia del proveedor en necesidad especiales el programa tiene acreditación Nacional

10. Donde esta o ha sido cuidado su hijo/a en los pasados 12 meses:

Centro de cuidado infantil En un cuidado en casa con licencia o registraci3n
 Head Start/Early Head Start Una niñera en su casa Guardería
 Programa preescolar cuidado por un hermano/a mayor cuidado por un padre
 cuidado por amigo/familia campamento Otro _____

11. ¿Cuánto paga por semana por el cuidado infantil? \$ _____

12. ¿Cuánto días por semana su niño/a asiste al cuidado infantil? _____

13. Ha usted sacado a sus niños del cuidado infantil por alguna de estas razones:

costo muy alto cambio de horas de trabajo mudarse del área
 No pueden cuidar a mi infante o mi segundo niño proveedora puede ser mas cariñosa
 muchos cambios de empleados las prácticas de negocios (no informaci3n de impuestos, etc.)
 No satisfacci3n personal (no me gustan las personas, empleados etc.)
 ambiente malo (aire, seguridad, etc.) violaciones de OCFS
 mi niño/a fue expulsado por _____

14. El cuidado infantil le causado:

No poder trabajar sentirse distraído en el trabajo salirse temprano
 llegar tarde cortar las horas de trabajo dejar su trabajo perder su trabajo
 cambiar de posici3n en su trabajo (menos responsabilidad) cambiar de trabajo
 recibir acciones disciplinarias no ha tenido problemas otro _____

15. Su empleador le ofrece:

- trabajar de su casa asistencia de cuidado de depende (DAP)
 recursos para encontrar cuidado infantil cuidado infantil en el trabajo
 asistencia financiera para cuidado infantil horario flexible
 ausencia extendida por maternidad/paternidad traer su niño/a al trabajo
Otro: _____

16. Si su empleador le ofreciera los siguientes, ¿cuáles serían los 2 más importantes?

- trabajar de su casa asistencia de cuidado de depende (DAP)
 recursos para encontrar cuidado infantil cuidado infantil en el trabajo
 asistencia financiera para cuidado infantil horario flexible
 ausencia extendida por maternidad/paternidad traer su niño/a al trabajo
Otro: _____

17. Usted sabe de los servicios de Child Care Resources of Rockland para los niños y familias

- Si No, pero e escuchado de ellos No, nunca e escuchado de ellos

Esta encuesta es separada de la aplicación de prekínder y la información otorgada no tiene ningún impacto en el proceso y la selección. Su información se mantendrá en confidencia.

Esta usted interesado en:

- los resultados de la encuesta
 Póngame en su lista electrónica
 No estoy interesada en nada

Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Nombre completo (opcional) _____

¡Muchas Gracias por su cooperación!

Enviar por fax al (845) 425-5312, o por correo CCRR, 235 N. Main St., Suite 11, Spring Valley, NY 10977
or, email to info@rocklandchildcare.org