

## 1. Bienvenida

Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. El propósito de esta recopilación de información es ayudar al equipo del programa federal a comprender la efectividad de nuestro programa de distribución de pañales. **Esta es una recopilación de información anónima y voluntaria; no está obligado(a) a completar esta encuesta para recibir suministros de pañales.** La encuesta toma aproximadamente 20 minutos en completarse. Sus respuestas se mantendrán privadas y solo serán accesibles para el personal de PDX Diaper Bank y su proveedor de pañales. La información recopilada será compartida con el personal del programa federal y un equipo de investigación, pero sus respuestas serán anónimas.

Algunos de los elementos de esta encuesta son solicitados por el gobierno federal y están sujetos a la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13). El propósito de estos elementos es comprender las características y los resultados de los participantes del Programa Piloto de Distribución de Pañales. La carga de reporte público para la recopilación de información de referencia y de seguimiento se estima en un promedio de 5 minutos por respuesta. Esta recopilación es voluntaria y ha sido aprobada por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB #0970-0642, con vencimiento el 30 de abril de 2028).

## 2. Información del cuidador

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione “Prefiero no responder” y continúe con la siguiente pregunta.**

**Esta sección le hará preguntas sobre usted.**

\* Fecha de la encuesta de resultados

**Las familias deben completar esta encuesta después de haber estado inscritas en el programa durante 6 meses.**

Fecha

MM/DD/AAAA

\* ¿De qué organización recibe pañales?

- Community Action Organization (en el condado de Washington)
- Community Action Partnership of East Central Oregon (Pendleton)
- Klamath & Lake Community Action Services
- Community Action Team (en los condados de Columbia, Clatsop, y Tillamook)
- NeighborImpact
- United Community Action Network (en Roseburg)
- Community Services Consortium (en los condados de Linn, Benton y Lincoln)

¿En cuál condado o reserva vive?

- Baker County
- Benton County
- Clackamas County
- Clatsop County
- Columbia County
- Coos County
- Crook County
- Curry County
- Deschutes County
- Douglas County
- Gilliam County
- Grant County
- Harney County
- Hood River County

- Jackson County
- Jefferson County
- Josephine County
- Klamath County
- Lake County
- Lane County
- Lincoln County
- Linn County
- Malheur County
- Marion County
- Morrow County
- Multnomah County
- Polk County
- Sherman County
- Tillamook County
- Umatilla County
- Umatilla Reservation
- Union County
- Wallowa County
- Warm Springs Reservation
- Wasco County
- Washington County
- Wheeler County
- Yamhill County
- Otro (especifique)

**\* Información del cuidador**

Su fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA



\* Ingrese el número de ID de pañales asignado por su proveedor del programa DDDRP.

IMPORTANTE: Ingrese su ID exactamente como se le proporcionó. Revíselo cuidadosamente antes de continuar. Si no conoce su número, pregunte a un miembro del personal antes de continuar.

Cada familia tiene un número único que se usa para conectar sus respuestas con la encuesta inicial.

**Revise cuidadosamente que el número que ingrese aquí sea el mismo que su familia usa cada vez que recibe pañales y el mismo que ingresó cuando completó la primera encuesta.**

### 3. Seguimiento de empleo

\* ¿Actualmente trabaja por pago?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* En los últimos seis meses, ¿ha participado en actividades para prepararse para el empleo, educación o capacitación laboral?

(Ejemplo: buscar trabajo, asistir a ferias de empleo, preparar un currículum, aplicar a trabajos o programas)

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

\* En los últimos seis meses, ¿se ha inscrito en algún programa de educación o capacitación laboral?

(Ejemplo: GED, colegio comunitario, capacitación laboral, aprendizaje, etc.)

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)
- Prefiero no responder

\* ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación actual? (Seleccione una)

- Preparándose para el empleo (búsqueda de trabajo, currículum, solicitudes)
- Inscrito(a) en educación o capacitación laboral
- Actualmente trabajando (tiempo completo o parcial)
- No está actualmente preparándose para empleo o capacitación
- Prefiero no responder

\* ¿Actualmente necesita un trabajo o más horas de trabajo?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

#### 4. Número de niños

\* ¿Cuántos niños en pañales tiene? (Ingrese un número entre 1 y 5)

## 5. Información del niño - Niño #1

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione “Prefiero no responder” y continúe con la siguiente pregunta.**

**Esta sección le hará preguntas sobre los niños que tiene inscritos en el programa. Si ha inscrito a más de un niño en el programa, por favor seleccione primero al niño mayor para responder. En las siguientes páginas se le preguntará sobre sus hijos más pequeños que usan pañales.**

\* Por favor ingrese la fecha de nacimiento de su hijo(a) mayor inscrito(a) en el programa.

Su fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA

\* En los últimos 30 días, ¿su hijo(a) mayor ha tenido sarpullido de pañal o una infección (incluyendo infección urinaria) que duró al menos 5 días?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica (niño/a no nacido)
- Prefiero no responder

\* ¿Tiene otros niños inscritos en el programa de pañales?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

## 6. Información del niño - Niño #2

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione "Prefiero no responder" y continúe con la siguiente pregunta.**

\* Por favor ingrese la fecha de nacimiento de su segundo hijo(a) inscrito(a) en el programa.

Fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA

\* En los últimos 30 días, ¿su segundo hijo(a) inscrito(a) en el programa ha tenido sarpullido de pañal o una infección (incluyendo una infección urinaria) que duró al menos 5 días?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica (niño/a no nacido)
- Prefiero no responder

\* ¿Tiene otros niños inscritos en el programa de pañales?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

## 7. Información del niño - Niño #3

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione “Prefiero no responder” y continúe con la siguiente pregunta.**

\* Por favor ingrese la fecha de nacimiento de su tercer hijo(a) inscrito(a) en el programa.

Fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA

\* En los últimos 30 días, ¿su tercer hijo(a) inscrito(a) en el programa ha tenido sarpullido de pañal o una infección (incluyendo una infección urinaria) que duró al menos 5 días?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica (niño/a no nacido)
- Prefiero no responder

\* ¿Tiene otros niños inscritos en el programa de pañales?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

## 8. Información del niño - Niño #4

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione “Prefiero no responder” y continúe con la siguiente pregunta.**

\* Por favor ingrese la fecha de nacimiento de su cuarto hijo(a) inscrito(a) en el programa.

Fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA

\* En los últimos 30 días, ¿su cuarto hijo(a) inscrito(a) en el programa ha tenido sarpullido de pañal o una infección (incluyendo una infección urinaria) que duró al menos 5 días?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica (niño/a no nacido)
- Prefiero no responder

\* ¿Tiene otros niños inscritos en el programa de pañales?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

## 9. Información del niño - Niño #5

\* Por favor ingrese la fecha de nacimiento de su quinto hijo(a) inscrito(a) en el programa.

Fecha de nacimiento

Fecha

MM/DD/AAAA

\* En los últimos 30 días, ¿su quinto hijo(a) inscrito(a) en el programa ha tenido sarpullido de pañal o una infección (incluyendo una infección urinaria) que duró al menos 5 días?

- Sí
- No
- No sé
- No aplica (niño/a no nacido)
- Prefiero no responder

## 10. Evaluación de necesidades

**Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas lo mejor posible. Si no sabe la respuesta a alguna pregunta o no se siente cómodo(a) respondiendo, seleccione “Prefiero no responder” y continúe con la siguiente pregunta.**

\* ¿Actualmente es un desafío obtener todos los pañales que sus hijos necesitan?

**Nota: Esta pregunta busca entender si, incluyendo los pañales de este programa, tiene suficiente suministro.** Esta pregunta no se refiere a si puede obtener todos estos pañales por su cuenta sin el programa.

- No aplica (por ejemplo, niño/a no nacido)
- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* ¿Tiene cuidado regular para TODOS sus hijos de manera que podría trabajar o estudiar?

**Nota:** Los cuidadores deben seleccionar “No aplica” si no necesitan cuidado infantil (por ejemplo, si están de licencia, no planean trabajar, están jubilados, tienen una discapacidad o son cuidadores en el hogar).

- No aplica
- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* ¿Desde que está inscrito(a) en este programa, alguna vez tuvo que faltar al trabajo o a la escuela porque no tenía suficientes pañales para enviar a su hijo(a) al cuidado infantil o a la escuela?

- No aplica
- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* ¿Desde que está inscrito(a) en este programa, alguna vez tuvo que retrasar el cambio de pañal de su hijo(a) para ahorrar pañales?

- No aplica
- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* ¿Desde que está inscrito(a) en este programa, alguna vez se ha sentido estresado(a) o ansioso(a) por no tener suficientes pañales para su(s) hijo(s)?

- No aplica
- Sí
- No
- Prefiero no responder

\* ¿Desde que está inscrito(a) en este programa, alguna vez tuvo que reducir gastos en comida u otras necesidades básicas para poder comprar pañales?

- No aplica
- Sí
- No
- Prefiero no responder

## 11. Comentarios

¿Tiene algún comentario sobre el programa de pañales o alguna historia que desee compartir sobre cómo su participación en el programa ha impactado el bienestar de su familia?

**¡Gracias por completar nuestra encuesta!** Por favor haga clic en “Enviar encuesta” a continuación para registrar su respuesta.