

Appendix J

Parent/guardian, Child, and Teen Data Collection Instruments

J.1. Parent Interview for Child Care Day - English



OMB Number: 0584-0669
Expiration Date: 10/31/2024

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

Parent Interview for Child Care Day

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.75 hours (45 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Hello, this message is for [CONSENTED PARENT NAME]. This is [INTERVIEWER NAME] from the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings, or SNACS-II.

IF INTERVIEW NOT STARTED: We were calling to ask you about the foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/ on ##DAY] and their activities. Please call our toll-free number, [insert #], today to schedule the interview appointment. The interview will take no more than 45 minutes. After you complete the interview, we will send you a \$20 gift card. We look forward to speaking with you today.

IF INTERVIEW STARTED BUT NOT COMPLETE (BREAKOFF OR DATA RETRIEVAL): We had scheduled an interview with you today. Please call our toll-free number, [insert #], to reschedule your interview. After you complete the interview, we will send you a \$20 gift card. We look forward to speaking with you.

INTRO: Hello, my name is [INTERVIEWER NAME] from Mathematica. I am calling about the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings. May I please speak to [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE → GO TO CONSENT
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE → I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION]¹

CONSENT: **IF FIRST INTERVIEW:** Thank you for taking part in the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings. USDA is interested in learning about nutrition and activity habits of children. I understand that your child went to [Center/Provider/Afterschool Program] [yesterday/(DAY)]. I would like to ask you some questions about your child's food and activity [yesterday/(DAY)] and some questions about your household. Your answers will help us improve services and better meet the needs of parents who send their children to child care programs.

The interview will take no more than 45 minutes and you will receive a \$20 gift card to thank you for your participation.

This interview is voluntary. That means you can skip any question and you can stop at any time. Taking part in this study will not affect your benefits in any way – either now or in the future. Your information will be kept private and used only for research purposes

¹ These are programming notes. On screen, this will take the interviewer to the correct screen.

according to state and federal law. We will not include information that identifies you or your family members in any report. The responses of all parents taking part in the study will be combined for reporting purposes. → GO TO Q1.

IF ADMINISTERING SECTIONS B-F: I would like to get the details about the foods and drinks [CHILDNAME] had [DAY] that you were unable to report during our call [yesterday/(DAY)], and then ask you about [CHILDNAME]'s physical activity and some general information about your household. → GO TO Q4.

IF ADMINISTERING SECTIONS B-F ONLY: I would like to ask about [CHILDNAME]'s physical activity and complete the interview about your household. → GO TO SECTION B.

Q1. Do you agree to participate?

- ☐ Yes
- ☐ No → I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION

IF CHILD SEX MISSING, CONTINUE; ELSE GO TO INSTRUCTIONS FOR Q3.

Q2. Is [CHILDNAME] a boy or girl?

- ☐ Boy
- ☐ Girl
- ☐ REFUSED

IF CHILD DATE OF BIRTH MISSING, CONTINUE; ELSE GO TO Q4.

Q3. What is [CHILDNAME]'s current age?

___ ___ years

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q4. I would like to start by asking about foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)]. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: You may wish to have [CHILDNAME] be present for the first part of the interview with you, so [she/he] can provide details about the foods and drinks [she/he] had [yesterday/(DAY)]. After getting this information, we can continue with the rest of the interview with you. [CHILDNAME] does not have to be on the phone for these questions.] Did you write down what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)] when not in child care in your Child Food Diary?

- ☐ Yes → GO TO Q4.1
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q4.2; ELSE GO TO Q4.3

Q4.1. And do you have your Child Food Diary with you? I will wait while you get it.

- ☐ Yes → GO TO Q5
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q4.2; ELSE GO TO Q4.3

Q4.2. Is [CHILDNAME] available now to assist with the interview?

- ☐ Yes → GO TO Q5
- ☐ No → GO TO Q4.3

Q4.3. Are you able to tell me about foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)] when not in child care?

- ☐ Yes → GO TO Q5
- ☐ No → Because you don't have the information about foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)] when not in child care [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: and [CHILDNAME] is not available to help with the interview], we can reschedule that part of the interview for later. We can complete the other questions I have for you now. This should take about 15 minutes.

Q5. Do you have any questions about the interview before I begin?

- ☐ Yes → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No

IF PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3, GO TO SECTION B.

SECTION A: ASA24

I would like to ask about what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)] from midnight to midnight.

Since we observed the foods and beverages [CHILDNAME] had while at [Center/Provider/Afterschool Program], you do not need to report anything that [Center/Provider/Afterschool Program] provided. But, if [CHILDNAME] brought any foods or drinks from home to [Center/Provider/Afterschool Program], please be sure to tell me about them. Please include all foods eaten at home, [[IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: while at school – including foods brought from home to school, as well as any foods] shared by friends, purchased at the store, a fast food place, or restaurant.

To help you report the amounts of foods and beverages that [CHILDNAME] had [yesterday/on (DAY)], I may ask you to look at the pictures in the Food Model Booklet, or you can use your own measuring cups and spoons. Do you have the Food Model Booklet ready to help with the interview?

- ☐ Yes
- ☐ No → Do you have your own measuring cups and spoons available to help with the interview?
 - ☐ Yes → I will wait a few minutes while you get them.
 - ☐ No → That is fine, we can still do the interview now.

LAUNCH ASA24 (<https://epi.grants.cancer.gov/asa24/>)

INTERVIEWER: RECORD WHO COMPLETED THE ASA24:

- ☐ Parent only
- ☐ Child and parent together
- ☐ Child only

IF SECTIONS B-F COMPLETED FIRST (PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3 AND CONTINUED WITH INTERVIEW BEFORE RETURNING TO ASA24 IN SECTION A), GO TO CONCLUSION.

SECTION B: FOODS AND BEVERAGES IN CHILD CARE

IF CHILD PRESENT FOR ASA24: Thank you, [CHILDNAME], for talking with me. Now I would like to talk with [CONSENTED PARENT NAME], and you don't have to be on the call anymore.

Now I am going to ask you some questions about [CHILDNAME]'s schedule and the meals and snacks [she/he] eats at [Center/Provider/Afterschool Program].

IF PARENT CANNOT CONTINUE (BREAKOFF): GO TO CONCLUSION

Q6. Thinking about a typical week, does [CHILDNAME] go to [Center/Provider/Afterschool Program] on...

PROGRAMMER: DISPLAY Q6.1 OR DISPLAY Q6.2 AND Q6.3, BASED ON PROVIDER SAMPLE.

Goes to [Center/Provider/Afterschool Program] on:				Q6.1. If Q6=YES AND CHILD ATTENDS ECC/FDCH: At what time do you usually drop off and pick up [CHILDNAME] from [Center/Provider/]?		Q6.2. IF Q6=YES AND CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Did [CHILDNAME] attend child care before school? And how many hours did [she/he] spend at Center/Provider/Afterschool Program] before school?		Q6.3. IF Q6=YES AND CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Did [CHILDNAME] attend child care after school? And how many hours did [CHILDNAME] spend at [Center/Provider/Afterschool Program] after school?	
				INTERVIEWER: MARK DAYS ATTENDED AND ENTER HOURS FOR THOSE DAYS.					
	DK	No	Yes	Drop-off time	Pick-up time	Before school care	# hours before school	After school care	# hours after school
Monday?						☐		☐	
Tuesday?						☐		☐	
Wednesday?						☐		☐	
Thursday?						☐		☐	
Friday?						☐		☐	
Saturday?						☐		☐	
Sunday?						☐		☐	

Q6.4 [IF CHILDNAME ATTENDS AR/OHSCC:] [Yesterday/On (DAY)], did your child attend [Center/Provider/Afterschool program] either before or after school?

- ☐ Before school only
- ☐ After school only
- ☐ Both before and after school
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q7. And do you usually send [CHILDNAME] to [Center/Provider/Afterschool Program] with a meal or snack from home, such as a brown bag lunch or snack?

INSTRUCTIONS: For children ≤ 3 years old only: This includes formula or breast milk.

- ☐ Yes → GO TO Q7.2
- ☐ No → GO TO Q7.1

Q7.1. Is this because the program does not allow food from home?

- ☐ Yes → GO TO SECTION C
- ☐ No → GO TO SECTION C

Q7.2. And on how many days each week do you usually send a meal or snack from home?

- ☐ DAYS PER WEEK [Range 1-7]: _____
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q8
- ☐ REFUSED → GO TO Q8

Q7.3. What meals and snacks do you usually send from home? [CHECK ALL THAT APPLY]

INTERVIEWER: Mark all that apply.

- ☐ Breakfast
- ☐ Lunch
- ☐ Dinner
- ☐ Morning Snack
- ☐ Afternoon Snack
- ☐ Evening Snack

Q8. Which of the following reasons describe why you send food from home?

Reason for sending food from home	CODE ONE PER ROW			
	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. Program or provider does not provide all meals or snacks?	☐	☐	☐	☐
b. Your child prefers to eat food brought from home?	☐	☐	☐	☐
c. Your child does not like the food served at child care?	☐	☐	☐	☐
d. Your child has food allergies or special dietary needs?	☐	☐	☐	☐
e. Your child does not get enough food at child care and needs food from home to supplement?	☐	☐	☐	☐
f. You believe food prepared at home is better for your child?	☐	☐	☐	☐
g. As a treat?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY ONLY IF CHILD IS ≤3 YEARS OLD				
h. Your child drinks breast milk?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY ONLY IF CHILD IS ≤3 YEARS OLD				
i. Your child prefers to drink a specific kind of formula?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY FOR ALL AGES:				
j. Is there any other reason? (SPECIFY) _____	☐	☐	☐	☐

SECTION C: CHILD'S PHYSICAL ACTIVITY

Now I am going to ask you about [CHILDNAME]'s activities.

Q9. How active do you consider [CHILDNAME] to be?²

- ☐ Very active
- ☐ Active
- ☐ Somewhat active
- ☐ Not at all active
- ☐ Don't know
- ☐ Refused

Q10. During the past week, on how many weekdays did [CHILDNAME] watch TV or videos when [she/he] was not in child care or school? ³ Do not include weekend days—Saturday or Sunday.

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q12

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q11. And on those days, about how much time did [CHILDNAME] usually spend watching TV or videos?⁴ Please include only times when the primary activity was watching TV or videos.

- ☐ Less than one hour per day
- ☐ 1 hour per day
- ☐ 2 hours per day
- ☐ 3 hours per day
- ☐ 4 hours per day
- ☐ 5 hours or more per day
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

² Adamo KB, et al. Using path analysis to understand parent's perceptions of their children's weight, physical activity, and eating habits in the Champlain region of Ontario. Paediatrics & Child Health (2010);15(9):e33-e41.
<https://doi.org/10.1093/pch/15.9.e33>

³ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html>

⁴ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response categories from NHANES, NNYFS
PAQ.710

- Q12. Now I am going to ask you about the time [CHILDNAME] spends playing video or computer games, or using an electronic device for something that was not school work. For these questions, do not include time when [she/he] is at child care or school or weekend days—Saturday or Sunday—or using the computer for school work.

During the past week, on how many weekdays did [CHILDNAME] play video or computer games or use an electronic device such as iPad, computer, smart phone for something that was not school work? ⁵

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q14

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

- Q13. And on those days, how much time did [CHILDNAME] usually spend playing video or computer games or using an electronic device for something that was not school work?⁶ Please include only times when the primary activity was playing video or computer games or using an electronic device for something that was not school work.

- ☐ Less than one hour per day
- ☐ 1 hour per day
- ☐ 2 hours per day
- ☐ 3 hours per day
- ☐ 4 hours per day
- ☐ 5 hours or more per day
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

The next few questions are about sitting time, excluding time spent watching TV or on the computer.

- Q14. During the past week on weekdays, about how much time did [CHILDNAME] spend sitting in a vehicle to get to and from places, including school and child care? Do include weekend days—Saturday or Sunday.⁷

ENTER NUMBER (OF MINUTES OR HOURS) |__||__||__|. |__|

- ☐ Minutes
- ☐ Hours
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

⁵ Question wording from ISCOLE Diet and Lifestyle Questionnaire, Q2.

⁶ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response categories from NHANES, NNYFS PAQ.731

⁷ Time spent sitting and getting to and from places modeled after NHANES PAQ.680: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf

Q15. During the past week, on weekdays, about how much time did [CHILDNAME] usually spend sitting, doing things such as homework, reading, or playing cards or board games? Please do not include time spent on the computer. Do not include weekend days – Saturday or Sunday.⁸

- ☐ 0 hours per day
- ☐ Less than one hour per day
- ☐ 1 hour per day
- ☐ 2 hours per day
- ☐ 3 hours per day
- ☐ 4 hours per day
- ☐ 5 hours or more per day
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

The next few questions are about activities that increase heart rate and make the child breathe hard. Some examples of these activities include biking; brisk walking; swimming; dancing; competitive sports; or playing active video games such as Nintendo, Xbox, PlayStation, Wii, Oculus or other virtual reality systems.⁹

Q16. During the past week when [CHILDNAME] was not at child care or school, on how many weekdays did [she/he] do activities that increased [his/her] heart rate and made [him/her] breathe hard? Do include weekend days—Saturday or Sunday.¹⁰

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q18

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q17. And on those days, about how much time did [CHILDNAME] usually spend doing these activities?¹¹

- ☐ Less than one hour per day
- ☐ 1 hour per day
- ☐ 2 hours per day
- ☐ 3 hours per day
- ☐ 4 hours per day
- ☐ 5 or more hours per day
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

⁸ Time spent sitting doing homework, reading, playing cards or board games modeled after: NHANES PAQ.680: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf and response categories modeled after NHANES NYFS, PAQ.710: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nnyfs/PAQ.pdf>

⁹ Introduction modeled after: NHANES PAQ.655: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf

¹⁰ Question stem modeled after: Physical Activity Assessment Tool: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html>

¹¹ Time spent doing these activities modeled after: Physical Activity Assessment Tool: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response models modeled after NHANES NYFS, PAQ.710: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nnyfs/PAQ.pdf>

Q18. During the past week when [CHILDNAME] was not at child care or school, on how many weekdays did [she/he] play outdoors? Do not include weekend days—Saturday or Sunday.

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q20

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q19. And on those days, about how much time did [CHILDNAME] usually spend playing outdoors?¹²

- ☐ Less than one hour per day
- ☐ 1 hour per day
- ☐ 2 hours per day
- ☐ 3 hours per day
- ☐ 4 hours per day
- ☐ 5 hours per day
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

¹² Response options for time spent modeled after NHANES NYFS, PAQ.710:
<https://www.cdc.gov/nchs/data/nnyfs/PAQ.pdf>

SECTION D: HOUSEHOLD MEMBERS

- Q20. Including yourself and [CHILDNAME], how many people live in your household? Don't forget to include non-relatives who live here and, of course, babies, small children and foster children. Also include persons who usually live here but are temporarily away for reasons such as: vacation, traveling for work, or in the hospital. Do not include children living away at school.

NUMBER OF PEOPLE [RANGE 2-20]: _____

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

- Q21. Of the number of people in your household, how many are children currently 5 to 18 years of age?

NUMBER OF CHILDREN AGED 5 to 18: _____

- Q22. Of the number of people in your household, how many are children currently less than 5 years old?

NUMBER OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD: _____

DISPLAY Q23 IF (1) THE SUM OF Q21 + Q22 > 1 OR (2) THE SUM OF Q21 + Q22 = 1 AND AGE OF [CHILDNAME] IS MISSING.

- Q23. What is the age of the [IF Q21 + Q22 > 1: oldest] child in your household? |__|__| YEARS

- Q24. Do you consider [CHILDNAME] to be Hispanic or [Latino/Latina]? [IF NECESSARY: A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.]

- ☐ Hispanic or [Latino/Latina]
- ☐ Not Hispanic or [Latino/Latina]
- ☐ REFUSED

- Q25. What race do you consider [CHILDNAME] to be? Please choose one or more of the following.

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ White
- ☐ REFUSED

SECTION E: FOOD SECURITY

These next questions are about the food eaten in your household in the last month and whether you were able to afford the food you need.

THROUGHOUT THIS SECTION, ENTER APPROPRIATE FILLS DEPENDING ON NUMBER OF ADULTS AND NUMBER OF CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.

Q26. Which of these statements best describes the food eaten in your household in the last month: — enough of the kinds of food [I/we] want to eat; —enough, but not always the kinds of food [I/we] want; —sometimes not enough to eat; or, —often not enough to eat?

- ☐ Enough of the kinds of food we want to eat
- ☐ Enough but not always the kinds of food we want
- ☐ Sometimes not enough to eat
- ☐ Often not enough to eat
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Now I'm going to read you several statements that people have made about their food situation. For these statements, please tell me whether the statement was often true, sometimes true, or never true for [you/your household] in the last month.

Q27. The first statement is "[I/We] worried whether [my/our] food would run out before [I/we] got money to buy more." Was that often true, sometimes true, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q28. "The food that [I/we] bought just didn't last, and [I/we] didn't have money to get more." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q29. "[I/we] couldn't afford to eat balanced meals." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE" TO ONE OR MORE OF Q27-Q29 OR, RESPONSE "SOMETIMES..." OR "OFTEN..." TO QUESTION Q26, CONTINUE TO Q30; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q35.

Q30. In the last month, did [you/you or other adults in your household] ever cut the size of your meals or skip meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q30.1
- ☐ No → GO TO Q31
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q31
- ☐ REFUSED → GO TO Q31

Q30.1. [IF YES ABOVE, ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

____ Days

- ☐ DON'T KNOW

Q31. In the last month, did you ever eat less than you felt you should because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q32. In the last month, were you ever hungry but didn't eat because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q33. In the last month, did you lose weight because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q30-Q33, THEN CONTINUE TO Q34; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q35.

Q34. In the last month, did [you/you or other adults in your household] ever not eat for a whole day because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q34.1
- ☐ No → GO TO INTRODUCTION TO Q35
- ☐ DON'T KNOW → GO TO INTRODUCTION TO Q35
- ☐ REFUSED → GO TO INTRODUCTION TO Q35

Q34.1. [IF YES ABOVE, ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

____ Days

- ☐ DON'T KNOW

INTRODUCTION TO Q35: Now I'm going to read you several statements that people have made about the food situation of their children. For these statements, please tell me whether the statement was often true, sometimes true, or never true in the last month for [your child/children living in the household who are under 18 years old].

Q35. “[I/we] relied on only a few kinds of low-cost food to feed [my/our] child/the children] because [I was/we were] running out of money to buy food.” Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q36. “[I/We] couldn't feed [my/our] child/the children] a balanced meal, because [I/we] couldn't afford that.” Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q37. "[My/Our child was/The children were] not eating enough because [I/we] just couldn't afford enough food." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE (I.E., "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE") TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q35-Q37, THEN CONTINUE TO Q38; OTHERWISE GO TO SECTION F.

Q38. In the last month, did you ever cut the size of [your child's/any of the children's] meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q39. In the last month, did [CHILD'S NAME/any of the children] ever skip meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q39.1
- ☐ No → GO TO Q40
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q40
- ☐ REFUSED → GO TO Q40

Q39.1. [IF YES ABOVE ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

|_|_| Days

- ☐ DON'T KNOW

Q40. In the last month, [was your child/were the children] ever hungry but you just couldn't afford more food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q41. In the last month, did [your child/any of the children] ever not eat for a whole day because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

SECTION F: CHILD DEMOGRAPHICS & HOUSEHOLD PROGRAM PARTICIPATION

The final set of questions are about you and your household.

I'm going to read the names of some programs that provide food or meals to individuals or households.

Q42. Please tell me if you or anyone in your household has received benefits from these programs in the last 30 days.

- ☐ SNAP [OR INSERT STATE SNAP PROGRAM NAME],¹³ also known as food stamps
- ☐ WIC program, or the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children
- ☐ [For households receiving WIC] [IF WIC=1: DISPLAY] Infant formula from WIC
- ☐ [[IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: DISPLAY] Free meals at school
- ☐ [IF 'Free meals at school'=1: SKIP; IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: DISPLAY] Reduced-price meals at school
- ☐ Food pantries, food banks, local soup kitchens, or emergency kitchens
- ☐ [IF PROGRAM IS ON AN INDIAN RESERVATION OR CHILD CARE SITE IS IN OKLAHOMA: DISPLAY] Food Distribution Program on Indian Reservations, also called FDIPIR
- ☐ None of the above
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q43. Does anyone in your household participate in Medicaid?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q44. Does anyone in your household receive income from the [INSERT STATE TANF NAME]? [IF NECESSARY: Temporary Assistance for Needy Families, or TANF, is a program that provides cash assistance and supportive services to assist families with children under age 18.]

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

¹³ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q45. Is any child in the household currently covered by the [INSERT STATE CHIP NAME] or the Children's Health Insurance Program?¹⁴ [IF NECESSARY: Children's Health Insurance Program is free or low-cost health coverage for eligible children and other family members.]

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q46. We would like your best estimate of your total annual household income before taxes in the year 2022. Please include all forms of income, including wages, salaries, interest, dividends, and other forms of income such as Social Security, SSI, or TANF for all household members.

INTERVIEWER: IF NON-SPECIFIC AMOUNT GIVEN, PROBE FOR SPECIFIC AMOUNT.
AFTER PROBING, IF NON SPECIFIC AMOUNT STILL GIVEN, MARK 'NON-SPECIFIC AMOUNT.'

\$ | | | | , | | | | | RECORD AMOUNT → GO TO CONCLUSION

(0 – 999,999)

- ☐ NON-SPECIFIC AMOUNT → GO TO Q47
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q47
- ☐ REFUSED → GO TO Q47

Q47. Is your total household income less than or more than \$50,000?

- ☐ Less than \$50,000 → GO TO Q48
- ☐ \$50,000 or more → GO TO Q49
- ☐ DON'T KNOW → GO TO CONCLUSION
- ☐ REFUSED → GO TO CONCLUSION

Q48. Now I am going to read you some income categories. Please tell me when I read the range that best represents your household's income.

- ☐ LESS THAN \$5,000
- ☐ \$5,000 TO LESS THAN \$10,000
- ☐ \$10,000 TO LESS THAN \$15,000
- ☐ \$15,000 TO LESS THAN \$20,000
- ☐ \$20,000 TO LESS THAN \$25,000
- ☐ \$25,000 TO LESS THAN \$30,000
- ☐ \$30,000 TO LESS THAN \$40,000
- ☐ \$40,000 TO LESS THAN \$50,000
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

GO TO CONCLUSION

¹⁴ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q49. Now I am going to read you some income categories. Please tell me when I read the range that best represents your household's income.

- ☐ \$50,000 TO LESS THAN \$60,000
- ☐ \$60,000 TO LESS THAN \$70,000
- ☐ \$70,000 TO LESS THAN \$80,000
- ☐ \$80,000 TO LESS THAN \$90,000
- ☐ \$90,000 TO LESS THAN \$100,000
- ☐ \$100,000 OR MORE
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

CONCLUSION

IF SECTION A (ASA24) NOT INITIATED/SKIPPED (PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3):

IF CHILD ATTENDS ECC/FCCH → GO TO C1

IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC → CONTINUE

I would like to check, is [CHILDNAME] available now to assist with the interview?

- ☐ YES, available → GO TO SECTION A (administer ASA24 interview)
- ☐ NOT AVAILABLE → GO TO C1

[NOTE TO REVIEWERS: For the 1st ICD, having sections B-F incomplete does not trigger another call – the conclusions depend on the ASA24. Sections B-F will be administered at every follow-up interview, as needed.]

IF NO USUAL INTAKE:

IF SECTION A (ASA24) COMPLETE: You have just given us valuable information for this study. We will mail you a \$20 gift card for this interview. We would also like to schedule one more call to ask you about what [CHILDNAME] ate and drank on a day when [she/he] did not attend child care. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE:] We can also complete the rest of today's interview at that time.] The interview will take no more than 30 minutes and you will receive a \$30 gift card after you complete the interview. → GO TO C6

IF SECTION A (ASA24) NOT COMPLETE: You have just given us valuable information for this study. I would like to schedule two more calls with you. In the first call, we can finish talking about the foods and drinks your child had yesterday and then we can mail you the \$20 gift card. In the second call, I will ask you about what your child had to eat and drink on a day [she/he] did not go to child care and we will mail you a \$30 gift card after completing this call. → GO TO C1

IF USUAL INTAKE: You have just given us valuable information for this study. Since food intake changes from day to day, I would like to schedule two more calls with you. The first call will be to ask about the foods and drinks [CHILDNAME] has on [DATE] when he/she will be in child care. In the second call, I will ask you about what your child had to eat and drink on a day [she/he] did not go to child care. We will mail you a \$30 gift card after completing each interview. → GO TO C2

C1. May I call you later today or tomorrow? [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: You may wish to have [CHILDNAME] participate in the interview with you, if [she/he] can provide details about what [she/he] had to eat and drink [yesterday/(DAY)]. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: We can also complete the rest of today's interview at that time.].

- ☐ YES
 - ☐ CALL BACK TODAY → GO TO C5
 - ☐ CALL BACK TOMORROW (AUTO FILL DATE) → GO TO C5
- ☐ NO (PARENT NOT AVAILABLE FOR CALL BACK LATER TODAY OR TOMORROW) → IF ASA24 NOT INITIATED → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; OTHERWISE: This interview will take no more than 10 minutes. When is the earliest we can call you to complete this interview?
 - ☐ DATE [WITHIN 3 DAYS OF INTERVIEW]: _____ → GO TO C5

- ☐ IF DATE 3 DAYS AFTER INTERVIEW: In that case, I just need to schedule one more interview with you. GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW
- C2. Will [CHILDNAME] attend child care on [SECOND MEAL OBSERVATION DAY]?
- ☐ YES → GO TO C3
 - ☐ NO → IF ASA24 COMPLETE, GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; IF ASA24 NOT COMPLETE, GO TO C4
 - ☐ NOT SURE → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE DAY INTERVIEW.
 - ☐ REFUSED → I'm sorry to hear that you no longer wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION
- C3. May we call you on [DAY AFTER SECOND MEAL OBSERVATION DAY] to ask what [CHILDNAME] had to eat and drink on [DAY]? The interview will take no more than 30 minutes. [IF ASA24 NOT COMPLETE AND USUAL INTAKE: During this time, you can tell us the details about foods and drinks you were not able to provide for [yesterday/(DAY)]. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: and also complete the rest of today's interview].
- ☐ YES → GO TO C5
 - ☐ NO → In that case, may we call on [DATE] (2 DAYS AFTER OBSERVATION DAY)?
 - ☐ YES → GO TO C5
 - ☐ NO → IF ASA24 COMPLETE: In that case, I just need to schedule one more interview with you, GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; IF ASA24 NOT COMPLETE, GO TO C4
- C4. I would still like to get the details about yesterday's foods and drinks. May I call you later today [or tomorrow IF THE CALL IS CLOSE TO END OF DAY] to get this information? [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: We can also complete the rest of today's interview at that time.]
- ☐ YES
 - ☐ CALL BACK TODAY → GO TO C5
 - ☐ CALL BACK TOMORROW (AUTOFILL DATE) → GO TO C5
 - ☐ NO (PARENT NOT AVAILABLE FOR CALL BACK LATER TODAY OR TOMORROW) → This interview will take no more than 10 minutes. When is the earliest we can call you to complete this interview?
 - ☐ DATE [WITHIN 3 DAYS OF INTERVIEW]: _____ → GO TO C5
 - ☐ IF DATE 3 DAYS AFTER INTERVIEW: In that case, I just need to schedule one more interview with you. → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW
- C5. What time would you like us to call?
- Time: _____ ☐ AM ☐ PM

SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW

I would like to schedule one more call to ask you about what [CHILDNAME] ate and drank on a day when [she/he] did not attend child care. The interview will take no more than 30 minutes and you will receive a \$30 gift card after you complete the interview.

C6. Thinking about the next two weeks, when will your child not attend child care?

- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____

C7. Based on what you just told me, we would like to call you on: [ONE DAY AFTER FIRST AVAILABLE DAY AND DATE]

Does this work for you?

- ☐ YES → GO TO C8
- ☐ NO → GO TO ONE DAY AFTER NEXT AVAILABLE DAY AND IDENTIFY THE DAY THAT WORKS BEST.

Interview scheduled for: Date: ____ / ____ / ____ → GO TO C8

- ☐ REFUSED → I'm sorry to hear that you no longer wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? → GO TO REFUSAL CONVERSION

C8. What time should we call you?

Time: _____ ☐ AM ☐ PM

C9. And is this [###-###-####] still the best number to reach you?

- ☐ YES → GO TO C10
- ☐ NO → What number should I call you at?
Telephone number: ____-____-____ → GO TO C10

C10. May we also send you a text message reminder at this telephone number?

- ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
- ☐ NO → Do you have a number we can use for a text message reminder?
 - ☐ YES → Telephone number: ____-____-____. → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ NO → May we send you an email reminder at [EMAIL ADDRESS, IF EMAIL ADDRESS PROVIDED IN CONSENT]?
 - ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ NO → It looks like we are not able to send you a reminder. Please note that a member of the study team will be calling you on [DATE/TIME] → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER

CHILD FOOD DIARY REMINDER

IF DATA RETRIEVAL ONLY: Please remember to use your Child Food Diary to record the details you were not able to provide about the foods and drinks your child had on [DATE]. We look forward to talking with you soon. →GO TO THANK YOU

IF DATA RETRIEVAL AND SECOND ICD SCHEDULED: Please remember to use your Child Food Diary to record the details about the foods and drinks your child had on [DATE] and also the foods and drinks your child has from midnight to midnight [tomorrow/(DAY)]. → GO TO CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

IF NO DATA RETRIEVAL AND SECOND ICD SCHEDULED OR OCD SCHEDULED: Please use your Child Food Diary to record the details about all foods and drinks your child has from midnight to midnight [tomorrow/(DAY)]. → GO TO CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

As a reminder, you do not need to include any foods or drinks provided by [Center/Provider/Afterschool Program]. But, if [CHILDNAME] brought any foods or drinks from home to [Center/Provider/Afterschool Program], please be sure to write them down.]

Please write down all foods eaten at home, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: while at school – including foods brought from home to school, as well as foods] shared by friends, purchased at the store, fast food place, or restaurant.

If needed, talk with others who may have served foods and drinks to your child when your child was not in child care. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: You may wish to have [CHILDNAME] participate in the interview with you, if [she/he] can provide details about what [she/he] had to eat and drink [yesterday/(DAY)].

IF RESPONSE TO PARENT INTERVIEW Q4 AND Q4.1 = NO → GO TO C11; OTHERWISE GO TO THANK YOU.

C11. Do you still have the Child Food Diary we sent to you?

- ☐ YES → GO TO THANK YOU
- ☐ NO → Would you like me to send you the diary by email at [EMAIL ADDRESS]?
 - ☐ YES → GO TO THANK YOU
 - ☐ NO
 - ☐ Send to a different email address: _____ → GO TO THANK YOU
 - ☐ Not needed. To use your own paper, please be sure to record the time of day and/or the meal or snack at which your child had the food or drink, the name of the food or drink, and the amount your child had. → GO TO THANK YOU

THANK YOU

Thank you very much for your participation in this interview.

IF DR REQUIRED AND INTERVIEW SCHEDULED: We look forward to talking with you soon. → GO TO C12

IF DR REQUIRED AND INTERVIEW NOT SCHEDULED/PARENT REFUSED OR IF ASA24 COMPLETE: → GO TO C12

C12. I would like to confirm your name and mailing address so we can send you the \$20 gift card. I have your name as [FIRST AND LAST NAME]. Is this correct?

- ☐ YES
- ☐ NO → What is your name?

PROBE: Can you spell that for me?

FIRST NAME

LAST NAME

C13. The address I have is [ADDRESS]. Is this correct?

- ☐ YES
- ☐ NO → What is your current address?

PROBE: Is there an apartment number?

PROBE: This is where we will mail your gift card.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

REFUSAL CONVERSION

I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate?

IF: I don't do surveys/don't want my child to participate in a study.

ANSWER: I understand, but this study will help the U.S. Department of Agriculture understand the food and activities provided in child care settings. The results will help improve the program.

IF: I don't know if you are who you say you are.

ANSWER: I can give you our 800 number to call and confirm the authenticity of the study.

IF: I don't know how the results will be used.

ANSWER: The U.S. Department of Agriculture needs to periodically assess programs funded by the government. This study will help them understand the food and activities provided in child care settings, and this information may help improve child care programs.

IF: I don't want the government to know about me/my child.

ANSWER: Researchers and program staff must follow all federal and state laws to protect your privacy. Study reports will combine your answers with those from others to summarize what we found. We will never report names or addresses. This way, no one can identify you, your child, or your child care provider.

IF: It's a bad time.

ANSWER: We can schedule a callback for a time that would be good for you.

Date _____ Time _____

IF STILL HESITANT: [SAMPLED SITE NAME] is one of about 1,300 child care providers across the country that are helping USDA understand the food and activities provided in child care settings. We want to be sure that the study includes people like yourself, to ensure that the study findings are fair and accurate. We really want to include your household in the study. If now is a bad time, we can schedule the interview during the day or in the evening, any time that is better for you.

IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, RESUME INTERVIEW

IF STILL REFUSES, THANK AND COMPLETE

Authority: This information is being collected under the authority of the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010 (P. L. 111-296), Section 305.

Purpose: The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to evaluate the nutritional quality of Child and Adult Care Food Program (CACFP) meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants.

Routine Use: The records in this system may be disclosed to private firms that have contracted with FNS to collect, aggregate, analyze, or otherwise refine records for the purpose of research and reporting to Congress and appropriate oversight agencies, and/or departmental and FNS officials.

Disclosure: Disclosing the information is voluntary, and there are no consequences to you as an individual participant in the CACFP for not providing the information.

The System of Records Notice for this information collection is USDA/FNS-8, FNS Studies and Reports, which can be located at <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.2. Parent Interview for Child Care Day - Spanish



Número de OMB: 0584-0669
Fecha de vencimiento: 10/31/2024

**Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II
(SNACS-II por sus siglas en inglés)**

**Entrevista con los padres para día en cuidado
(Parent Interview for Child Care Day)**

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para comprender la calidad nutricional de las comidas y meriendas del CACFP, el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP. Esta es una recolección voluntaria y el FNS usará la información para examinar las operaciones del CACFP. Esta recolección pide información personal identificable bajo la Ley de privacidad de 1974. Las respuestas se mantendrán privadas en la medida prevista por la ley y los reglamentos del FNS. De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de datos es 0584-0669. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 0.75 horas (45 minutos) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314 ATTN: PRA (0584-0669). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Buenos días/Buenas tardes, este mensaje es para [CONSENTED PARENT NAME]. Mi nombre es [INTERVIEWER NAME]. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II.

IF INTERVIEW NOT STARTED: Le llamábamos para preguntarle sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/ el ##DAY] y sus actividades. Por favor llame hoy a nuestro número gratuito, [insert #], para programar la cita para la entrevista. La entrevista tomará no más de 45 minutos. Después de que complete la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$20. Tendremos mucho gusto en hablar con usted hoy.

IF INTERVIEW STARTED BUT NOT COMPLETE (BREAKOFF OR RETRIEVAL): Teníamos programada una entrevista con usted hoy. Por favor llame a nuestro número gratuito, [insert #], para programar nuevamente su entrevista. Después de que complete la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$20. Tendremos mucho gusto en hablar con usted.

INTRO: Buenos días/Buenas tardes, mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y represento a Mathematica. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II. ¿Podría hablar con [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE - CONTINUE [GO TO CONSENT]
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE→ Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS→GO TO REFUSAL CONVERSION]¹

CONSENT: IF FIRST INTERVIEW: Gracias por participar en el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos está interesado en informarse sobre los hábitos de nutrición y actividad de los niños. Tengo entendido que su hijo(a) fue a [Center/Provider/After-school Program] [ayer/el (DAY)]. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las comidas y actividades de su hijo(a) [ayer/el (DAY)] y algunas preguntas sobre su hogar. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios y a satisfacer mejor las necesidades de los padres de familia que mandan a sus hijos a programas de cuidado infantil.

La entrevista tomará no más de 45 minutos y usted recibirá una tarjeta de regalo de \$20 como agradecimiento por su participación.

Esta entrevista es voluntaria. Eso significa que usted se puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar y puede dar por terminada la entrevista en cualquier momento.

¹ These are programming notes. On screen, this will take the interviewer to the correct screen.

El participar en este estudio no afectará de ninguna manera sus beneficios— ya sea ahora o en el futuro. Su información se mantendrá privada y se utilizará solo con fines de evaluación en conformidad con las leyes estatales y federales. No incluiremos información que le identifique a usted o a miembros de su familia en ningún informe. En los informes se combinarán las respuestas de todos los padres que participan en el estudio.→GO TO Q1.

IF ADMINISTERING SECTIONS B-F: Me gustaría que me diera los detalles sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió el [DAY] que usted no pudo reportar durante nuestra llamada [ayer/el (DAY)], y después preguntarle sobre la actividad física de [CHILDNAME] y alguna información general sobre su hogar.→GO TO Q4.

IF ADMINISTERING SECTIONS B-F ONLY: Me gustaría preguntar sobre la actividad física de [CHILDNAME] y completar la entrevista sobre su hogar.→GO TO SECTION B.

Q1. ¿Está de acuerdo en participar?

- ☐ Sí
- ☐ No→ Lamento que no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS→GO TO REFUSAL CONVERSION

IF CHILD SEX MISSING, CONTINUE; ELSE GO TO INSTRUCTIONS FOR Q3.

Q2. [CHILDNAME], ¿es niño o niña?

- ☐ Niño
- ☐ Niña
- ☐ REFUSED

IF CHILD DATE OF BIRTH MISSING, CONTINUE; ELSE GO TO Q4.

Q3. ¿Qué edad tiene [CHILDNAME] actualmente?

___ años

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q4. Me gustaría empezar preguntándole sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)]. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Tal vez le gustaría que [CHILDNAME] estuviera presente para la primera parte de esta entrevista con usted, así [ella/él] puede dar detalles sobre las comidas y bebidas que comió [ayer/el (DAY)]. Después que me dé esa información, podemos continuar con el resto de la entrevista con usted. No es necesario que [CHILDNAME] esté al teléfono para estas preguntas.] ¿Anotó en su Diario de alimentos del niño lo que [CHILDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)] cuando no estaba en cuidado infantil?

- ☐ Sí → GO TO Q4.1
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q4.2; ELSE GO TO Q4.3

Q4.1. ¿Y tiene su Diario de alimentos del niño con usted? Yo espero mientras usted lo va a buscar.

- ☐ Sí → GO TO Q5
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q4.2; ELSE GO TO Q4.3

Q4.2. ¿Está [CHILDNAME] disponible ahora para ayudar con la entrevista?

- ☐ Sí → GO TO Q5
- ☐ No → GO TO Q4.3

Q4.3. ¿Me puede decir sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)] cuando no estaba en cuidado infantil?

- ☐ Sí → GO TO Q5
- ☐ No → Ya que usted no tiene la información sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)] cuando no estaba en cuidado infantil [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: y [CHILDNAME] no está disponible para ayudar con la entrevista], podemos programar esa parte de la entrevista para después. Podemos completar las otras preguntas que tengo para usted ahora. Esto debiera tomar unos 15 minutos.

Q5. ¿Tiene alguna pregunta sobre la entrevista antes de comenzar?

- ☐ Yes → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No

IF PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3, GO TO SECTION B.

SECTION A: ASA24

Me gustaría preguntarle sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)], desde la medianoche hasta la medianoche.

Ya que hemos observado las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió en [Center/ Provider/ Afterschool Program], no necesita reportar nada que le hayan dado en [Center/Provider/Afterschool Program]. Pero si [CHILDNAME] llevó alguna comida o bebida de la casa a [Center/Provider/Afterschool Program], por favor asegúrese de decírmelo. Por favor incluya todos los alimentos que comió en casa, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: mientras estaba en la escuela – incluyendo alimentos llevados de la casa a la escuela, así como alimentos] compartidos entre amigos, o comprados en una tienda, lugar de comida rápida o restaurante.

Para ayudarle a reportar las cantidades de alimentos y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)], puede que le pida que mire los dibujos en el Folleto de Modelo de Alimentos, o usted puede usar sus propias tazas y cucharillas de medir. ¿Tiene el Folleto de Modelo de Alimentos listo para ayudar con la entrevista?

- ☐ Sí
- ☐ No → ¿Tiene sus propias tazas y cucharillas de medir disponibles para ayudar con la entrevista?
 - ☐ Sí → Voy a esperar unos minutos mientras las va a buscar.
 - ☐ No → Está bien, igual podemos hacer la entrevista ahora.

LAUNCH ASA24 (<https://epi.grants.cancer.gov/asa24/>)

INTERVIEWER: RECORD WHO COMPLETES THE ASA24:

- ☐ Parent only
- ☐ Child and parent together
- ☐ Child only

IF SECTIONS B-F COMPLETED FIRST (PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3 AND CONTINUED WITH INTERVIEW BEFORE RETURNING TO ASA24 IN SECTION A), GO TO CONCLUSION.

SECTION B: FOODS AND BEVERAGES IN CHILD CARE

IF CHILD PRESENT FOR ASA24: Gracias, [CHILDNAME], por hablar conmigo. Ahora me gustaría hablar con [CONSENTED PARENT NAME], y no es necesario que continúes al teléfono.

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el calendario de [CHILDNAME] y sobre las comidas y meriendas que [ella/él] come en [Center/Provider/Afterschool Program].

IF PARENT CANNOT CONTINUE (BREAKOFF): GO TO CONCLUSION

Q6. Pensando en una semana normal, ¿va [CHILDNAME] a [Center/Provider/Afterschool Program] el...

PROGRAMMER: DISPLAY Q6.1 OR DISPLAY Q6.2 AND Q6.3, BASED ON PROVIDER SAMPLE.

¿Va a [Center/Provider/Afterschool Program] el:				Q6.1. If Q6=YES AND CHILD ATTENDS ECC/FDCH: ¿A qué hora normalmente deja y recoge a [CHILDNAME] de [Center/Provider/]?				Q6.2. IF Q6=YES AND CHILD ATTENDS AR/OSHCC: ¿Fue [CHILDNAME] al cuidado infantil antes de la escuela? ¿Y cuántas horas pasó en el [Center/Provider/Afterschool Program] antes de la escuela?	Q6.3. IF Q6=YES AND CHILD ATTENDS AR/OSHCC: ¿Fue [CHILDNAME] al cuidado infantil después de la escuela? ¿Y cuántas horas pasó [CHILDNAME] en [Center/Provider/Afterschool Program] después de la escuela?		
						INTERVIEWER: MARK DAYS ATTENDED AND ENTER HOURS FOR THOSE DAYS.					
	DK	No	Yes	Hora que lo(a) deja	Hora que lo(a) recoge	Cuidado antes de la escuela	# horas antes de la escuela	Cuidado después de la escuela	# horas después de la escuela		
lunes?						☐		☐			
martes?						☐		☐			
miércoles?						☐		☐			
jueves?						☐		☐			
viernes?						☐		☐			
sábado?						☐		☐			
domingo?						☐		☐			

Q6.4 [IF CHILDNAME ATTENDS AR/OHSCC:] [Ayer/El (DAY)], ¿fue su hijo(a) a [Center/Provider/Afterschool Program] ya sea antes o después de la escuela?

- ☐ Antes de la escuela solamente
- ☐ Después de la escuela solamente
- ☐ Ambos, antes y después de la escuela
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q7. Y normalmente, ¿manda a su hijo(a) a [Center/Provider/Afterschool Program] con una comida o merienda de la casa, es decir, con una bolsa de almuerzo o merienda?

INSTRUCTIONS: FOR CHILDREN ≤3 YEARS OLD ONLY: Esto incluye fórmula para bebés o leche materna.

- ☐ Sí → GO TO Q7.2
- ☐ No → GO TO Q7.1

Q7.1. ¿Esto se debe a que el programa no permite llevar alimentos de la casa?

- ☐ Sí → GO TO SECTION C
- ☐ No → GO TO SECTION C

Q7.2. Y normalmente, ¿cuántos días a la semana manda una comida o una merienda de la casa?

- ☐ DAYS PER WEEK [Range 1-7]: _____
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q8
- ☐ REFUSED → GO TO Q8

Q7.3. ¿Qué comidas y meriendas manda de la casa normalmente? [CHECK ALL THAT APPLY]

INTERVIEWER: Mark all that apply.

- ☐ Desayuno
- ☐ Almuerzo
- ☐ Cena
- ☐ Merienda de la mañana
- ☐ Merienda de la tarde
- ☐ Merienda del atardecer

Q8. ¿Cuál de las siguientes razones describe por qué usted manda alimentos de la casa?

Razón por la que manda alimentos de la casa	CODE ONE PER ROW			
	YES	NO	DON'T KNOW	REFUSED
a. ¿El programa o proveedor no proporciona todas las comidas o meriendas?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Su hijo(a) prefiere comer comida que lleva de la casa?	☐	☐	☐	☐
c. ¿A su hijo(a) no le gusta la comida que se sirve en el cuidado infantil?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Su hijo(a) tiene alergia a algún alimento o necesita una dieta especial?	☐	☐	☐	☐
e. ¿A su hijo(a) no le dan suficiente comida en el cuidado infantil y necesita comida de la casa para suplementar?	☐	☐	☐	☐
f. ¿Usted cree que la comida preparada en casa es mejor para su hijo(a)?	☐	☐	☐	☐
g. ¿Para darle un gusto?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY ONLY IF CHILD IS ≤3 YEARS OLD				
h. ¿Su hijo(a) bebe leche materna?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY ONLY IF CHILD IS ≤3 YEARS OLD				
i. ¿Su hijo(a) prefiere beber un tipo específico de fórmula?	☐	☐	☐	☐
PROGRAMMER: DISPLAY FOR ALL AGES:				
j. ¿Hay alguna otra razón? (ESPECIFIQUE)_____	☐	☐	☐	☐

SECTION C: CHILD'S PHYSICAL ACTIVITY

Ahora voy a preguntarle sobre las actividades de [CHILDNAME].

Q9. ¿Qué tan activo(a) considera usted que es [CHILDNAME]?²

- ☐ Muy activo(a)
- ☐ Activo(a)
- ☐ Algo activo(a)
- ☐ Nada activo(a)
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q10. Durante la semana pasada, ¿en cuántos días de semana miró [CHILDNAME] televisión o videos cuando [ella/él] no estaba en cuidado infantil o en la escuela? ³ No incluya días de fin de semana—sábado o domingo.

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q12

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q11. Y en esos días, normalmente, ¿más o menos cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] mirando televisión o videos?⁴ Por favor incluya solo las veces en que la actividad principal fue mirar televisión o videos.

- ☐ Menos de una hora al día
- ☐ 1 hora al día
- ☐ 2 horas al día
- ☐ 3 horas al día
- ☐ 4 horas al día
- ☐ 5 horas o más al día
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

² Adamo KB, et al. Using path analysis to understand parent's perceptions of their children's weight, physical activity, and eating habits in the Champlain region of Ontario. Paediatrics & Child Health (2010);15(9):e33-e41. <https://doi.org/10.1093/pch/15.9.e33>

³ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html>

⁴ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response categories from NHANES, NNYFS PAQ.710

Q12. Ahora le voy a preguntar sobre el tiempo que [CHILDNAME] pasa jugando juegos de video o de computadora, o usando un dispositivo electrónico para algo que no era trabajo de la escuela. Para estas preguntas, no incluya tiempo cuando [ella/él] está en cuidado infantil o en la escuela o días de fin de semana – sábado o domingo –o usando la computadora para hacer trabajo de la escuela.

Durante la semana pasada, ¿en cuántos días de semana jugó [CHILDNAME] juegos de video o de computadora o usó un dispositivo electrónico tal como un iPad, una computadora, o un teléfono inteligente para algo que no era trabajo de la escuela? ⁵

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q14

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q13. Y en esos días, normalmente, ¿cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] jugando juegos de video o de computadora, o usando un dispositivo electrónico para algo que no era trabajo de la escuela?⁶ Por favor incluya solo las veces en que la actividad principal fue jugar juegos de video o de computadora o usar un dispositivo electrónico para algo que no era trabajo de la escuela.

- ☐ Menos de una hora al día
- ☐ 1 hora al día
- ☐ 2 horas al día
- ☐ 3 horas al día
- ☐ 4 horas al día
- ☐ 5 horas o más al día
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Las siguientes preguntas son sobre el tiempo que pasa sentado(a), sin incluir el tiempo que pasa mirando televisión o en la computadora.

Q14. Durante la semana pasada en los días de semana, ¿más o menos cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] sentado(a) en un vehículo yendo y viniendo de lugares, incluyendo la escuela y el cuidado infantil? Incluya días de fin de semana—sábado o domingo.⁷

ENTER NUMBER (OF MINUTES OR HOURS) |__| |__||__|. |__|

- ☐ Minutos
- ☐ Horas
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

⁵ Question wording from ISCOLE Diet and Lifestyle Questionnaire, Q2.

⁶ Question stem revised from Physical Activity Assessment Tool <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response categories from NHANES, NNYFS PAQ.731

⁷ Time spent sitting and getting to and from places modeled after NHANES PAQ.680: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf

Q15. Durante la semana pasada, en los días de semana, normalmente, ¿más o menos cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] sentado(a) haciendo cosas como tareas escolares, leyendo, jugando a cartas o juegos de tablero? Por favor no incluya tiempo que pasó en la computadora. No incluya días de fin de semana – sábado o domingo.⁸

- ☐ 0 horas al día
- ☐ Menos de una hora al día
- ☐ 1 hora al día
- ☐ 2 horas al día
- ☐ 3 horas al día
- ☐ 4 horas al día
- ☐ 5 horas o más al día
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Las siguientes preguntas son sobre actividades que aumentan el ritmo del corazón y hacen que el niño respire más rápido. Por ejemplo, andar en bicicleta; caminar rápido; nadar; bailar; deportes competitivos o juegos de video activos como Nintendo, Xbox, PlayStation, Wii, Oculus u otros sistemas de realidad virtual.⁹

Q16. Durante la semana pasada, cuando [CHILDNAME] no estaba en el cuidado infantil o en la escuela, ¿en cuántos días hizo actividades que le aumentaron el ritmo del corazón o de la respiración? No incluya días de fin de semana—sábado o domingo.¹⁰

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q18

DON'T KNOW
REFUSED

Q17. Y en esos días, normalmente, ¿más o menos cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] haciendo estas actividades?¹¹

- ☐ Menos de una hora al día
- ☐ 1 hora al día
- ☐ 2 horas al día
- ☐ 3 horas al día
- ☐ 4 horas al día
- ☐ 5 horas o más al día
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

⁸ Time spent sitting doing homework, reading, playing cards or board games modeled after: NHANES PAQ.680: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf and response categories modeled after NHANES NYFS, PAQ.710: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nyfs/PAQ.pdf>

⁹ Introduction modeled after: NHANES PAQ.655: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/nhanes/public/2019/questionnaires/PAQ_K.pdf

¹⁰ Question stem modeled after: Physical Activity Assessment Tool: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html>

¹¹ Time spent doing these activities modeled after: Physical Activity Assessment Tool: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1129.html> and response models modeled after NHANES NYFS, PAQ.710: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nyfs/PAQ.pdf>

Q18. Durante la semana pasada, cuando [CHILDNAME] no estaba en el cuidado infantil o en la escuela, ¿en cuántos días jugó al aire libre? No incluya días de fin de semana—sábado o domingo.

ENTER NUMBER OF DAYS BETWEEN 0 and 5 |__| → IF 0 DAYS, GO TO Q20

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q19. Y en esos días, normalmente, ¿más o menos cuánto tiempo pasó [CHILDNAME] jugando al aire libre?¹²

- ☐ Menos de una hora al día
- ☐ 1 hora al día
- ☐ 2 horas al día
- ☐ 3 horas al día
- ☐ 4 horas al día
- ☐ 5 horas al día
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

¹² Response options for time spent modeled after NHANES NYFS, PAQ.710:
<https://www.cdc.gov/nchs/data/nnys/PAQ.pdf>

SECTION D: HOUSEHOLD MEMBERS

Q20. Incluidos usted y [CHILDNAME], ¿cuántas personas viven en su hogar? No olvide incluir a personas que no son parientes que viven aquí y, por supuesto, a bebés, niños pequeños y niños en custodia temporal. También incluya a personas que normalmente viven aquí, pero están fuera por un tiempo por razones como: vacaciones, viajes de trabajo o están hospitalizadas. No incluya a niños que vivan en la escuela.

NUMBER OF PEOPLE [RANGE 2-20]: _____

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q21. Del número de personas en su hogar, ¿cuántas son niños que actualmente tienen entre 5 y 18 años?

NUMBER OF CHILDREN AGED 5 TO 18: _____

Q22. Del número de personas en su hogar, ¿cuántas son niños que actualmente tienen menos de 5 años?

NUMBER OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD: _____

DISPLAY Q23 IF (1) THE SUM OF Q21 + Q22 > 1 OR (2) THE SUM OF Q21 + Q22 = 1 AND AGE OF [CHILDNAME] IS MISSING.

Q23. ¿Qué edad tiene el niño [IF Q21 + Q22 > 1: mayor] en su hogar? |__|__| YEARS

Q24. ¿Usted considera a [CHILDNAME] hispano(a) o [latino/latina]? [IF NECESSARY: Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, sudamericana o centroamericana, o de otra cultura u origen hispano, independientemente de la raza.]

- ☐ Hispano(a) o [latino/latina]
- ☐ No hispano(a) o [latino/latina]
- ☐ REFUSED

Q25. ¿De qué raza considera usted que es [CHILDNAME]? Por favor elija una o más de las siguientes.

- ☐ India norteamericana o nativa de Alaska
- ☐ Asiática
- ☐ Negra o afro americana
- ☐ Nativa de Hawaii o de otra isla del Pacífico
- ☐ Blanca
- ☐ REFUSED

SECTION E: FOOD SECURITY

Las preguntas a continuación son sobre los alimentos consumidos en su hogar en el último mes y si pudo comprar los alimentos que necesita.

THROUGHOUT THIS SECTION, ENTER APPROPRIATE FILLS DEPENDING ON NUMBER OF ADULTS AND NUMBER OF CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.

Q26. ¿Cuál de estas frases describe mejor los alimentos consumidos en su hogar durante el último mes: —suficiente de los tipos de alimentos que [yo quiero/nosotros queremos] comer; —suficiente, pero no siempre el tipo de comida que [yo quiero/nosotros queremos]; —a veces no hay suficiente para comer; o --a menudo no hay suficiente para comer?

- ☐ Suficiente de los tipos de alimentos que queremos comer
- ☐ Suficiente, pero no siempre el tipo de comida que queremos
- ☐ A veces no hay suficiente para comer
- ☐ A menudo no hay suficiente para comer
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Ahora le voy a leer varias frases que las personas han usado para describir su situación alimentaria. Para estas frases, por favor dígame si la frase fue cierta a menudo, fue cierta a veces, o nunca fue cierta para [usted/su hogar] en el último mes.

Q27. La primera frase es “[Me/Nos] preocupó que se acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más”. ¿Esto fue cierto a menudo, fue cierto a veces, o nunca fue cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q28. “Los alimentos que [compré/compramos] simplemente no duraron y no [tenía/teníamos] dinero para comprar más”. ¿Esto fue a menudo, a veces o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q29. "A [mí no me/nosotros no nos] alcanzó para comer comidas balanceadas". ¿Esto fue a menudo, a veces o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE" TO ONE OR MORE OF Q27-Q29 OR, RESPONSE "SOMETIMES..." OR "OFTEN..." TO QUESTION Q26, CONTINUE TO Q30; ELSE GO TO INTRODUCTION TO Q35.

Q30. En el último mes, ¿redujo [usted/usted u otro adulto en su hogar] alguna vez el tamaño de las comidas o dejó de comer alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí →GO TO Q30.1
- ☐ No→GO TO Q31
- ☐ DON'T KNOW →GO TO Q31
- ☐ REFUSED →GO TO Q31

Q30.1. [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

|_|_| Días
DON'T KNOW

Q31. En el último mes, ¿alguna vez comió usted menos de lo que pensaba que debería comer porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q32. En el último mes, ¿alguna vez tuvo usted hambre, pero no comió porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q33. En el último mes, ¿bajó usted de peso porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q30-Q33, THEN CONTINUE TO Q34; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q35.

Q34. En el último mes, ¿alguna vez [usted /usted u otro adulto en su hogar] no comió en todo el día porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí → GO TO Q34.1
- ☐ No → GO TO INTRODUCTION TO Q35
- ☐ DON'T KNOW → GO TO INTRODUCTION TO Q35
- ☐ REFUSED → GO TO INTRODUCTION TO Q35

Q34.1 [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

|_|_| Días

- ☐ DON'T KNOW

INTRODUCTION TO Q35: Ahora le voy a leer varias frases que las personas han usado para describir la situación alimentaria de sus niños. Para estas frases, por favor dígame si la frase fue a menudo cierta, a veces cierta, o nunca fue cierta en el último mes para [su niño/los niños menores de 18 años que viven en su hogar].

Q35. “[Yo dependí/Nosotros dependimos] solo de unos pocos tipos de alimentos de bajo costo para alimentar a [[mi/nuestro] niño/los niños] porque se [me/nos] estaba acabando el dinero para comprar alimentos”. ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q36. “[Yo no pude/Nosotros no pudimos] dar de comer a [[mi/nuestro] niño/los niños] comidas balanceadas porque no había suficiente dinero para eso”. ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q37. "[[Mi/Nuestro] niño no estaba/Los niños no estaban] comiendo lo suficiente porque [a mí simplemente no me/a nosotros simplemente no nos] alcanzaba para comprar suficientes alimentos". ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE (I.E., "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE") TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q35-Q37, THEN CONTINUE TO Q38; OTHERWISE GO TO SECTION F.

Q38. En el último mes, ¿redujo alguna vez el tamaño de las comidas de [su niño/alguno de los niños] porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q39. En el último mes, ¿dejó alguna vez [CHILDNAME/alguno de los niños] de comer alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

Sí → GO TO Q39.1

No → GO TO Q40

DON'T KNOW → GO TO Q40

REFUSED → GO TO Q40

Q39.1 [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

|_|_| Días

DON'T KNOW

Q40. En el último mes, ¿alguna vez [su niño tuvo/los niños tuvieron] hambre, pero usted simplemente no tenía suficiente dinero para comprar más alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q41. En el último mes, ¿alguna vez [su niño no comió/los niños no comieron] en todo el día porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

SECTION F: CHILD DEMOGRAPHICS & HOUSEHOLD PROGRAM PARTICIPATION

Las últimas preguntas son sobre usted y su hogar.

Voy a leer los nombres de algunos programas que ofrecen alimento o comidas a individuos o a hogares.

Q42. Por favor dígame si usted o alguien en su hogar ha recibido beneficios de estos programas en los últimos 30 días.

- ☐ SNAP [OR INSERT STATE SNAP PROGRAM NAME], ¹³ conocido también como cupones o estampillas para alimentos
- ☐ WIC - Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños
- ☐ [For households receiving WIC] [IF WIC=1: DISPLAY] Fórmula para bebés del WIC
- ☐ [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: DISPLAY] Comidas gratuitas en la escuela
- ☐ [IF 'Free meals at school'=1: SKIP; IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: DISPLAY] Comidas a precio reducido en la escuela
- ☐ Distribuidores de alimentos gratuitos, bancos de alimentos, comedores comunitarios locales, o comedores de emergencia
- ☐ [IF PROGRAM IS ON AN INDIAN RESERVATION OR CHILD CARE SITE IS IN OKLAHOMA: DISPLAY] Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas, también llamado FDPIR, por sus siglas en inglés.
- ☐ Ninguno de los anteriores
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q43. ¿Hay alguien en su hogar que participe en Medicaid?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q44. ¿Hay alguien en su hogar que reciba ingresos de [INSERT STATE TANF NAME]? [IF NECESSARY: El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF por sus siglas en inglés, ofrece asistencia en forma de dinero en efectivo y servicios de apoyo para asistir a familias con niños menores de 18 años.]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

¹³ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview

Q45. ¿Está algún niño en el hogar cubierto actualmente por [INSERT STATE CHIP NAME] o el Programa de Seguro Médico para Niños? ¹⁴ [IF NECESSARY: El Programa de Seguro Médico para Niños es cobertura de salud gratuita o de bajo costo para niños y otros miembros de la familia que cumplen con los requisitos.]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q46. Nos gustaría que nos diera su mejor cálculo de cuánto fueron en total los ingresos anuales de su hogar antes de impuestos en el año 2022. Por favor incluya todas las formas de ingresos, incluidos sueldos, salarios, intereses, dividendos y otras formas de ingreso como Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas in inglés) o TANF para todos los miembros del hogar.

INTERVIEWER: IF NON-SPECIFIC AMOUNT GIVEN, PROBE FOR SPECIFIC AMOUNT. AFTER PROBING, IF NON-SPECIFIC AMOUNT STILL GIVEN, MARK 'NON-SPECIFIC AMOUNT'.

\$ | | | | , | | | | RECORD AMOUNT →GO TO CONCLUSION

(0 – 999,999)

NON-SPECIFIC AMOUNT →GO TO Q47

DON'T KNOW →GO TO Q47

REFUSED →GO TO Q47

Q47. ¿Es el ingreso total de su hogar menos de \$50.000, o más de \$50.000?

- ☐ Menos de \$50.000 →GO TO Q48
- ☐ \$50.000 o más →GO TO Q49
- ☐ DON'T KNOW →GO TO CONCLUSION
- ☐ REFUSED →GO TO CONCLUSION

Q48. Ahora voy a leer unas categorías de ingresos. Por favor dígame cuando yo lea el rango que mejor representa el ingreso de su hogar.

- ☐ MENOS DE \$5.000
- ☐ \$5.000 A MENOS DE \$10.000
- ☐ \$10.000 A MENOS DE \$15.000
- ☐ \$15.000 A MENOS DE \$20.000
- ☐ \$20.000 A MENOS DE \$25.000
- ☐ \$25.000 A MENOS DE \$30.000
- ☐ \$30.000 A MENOS DE \$40.000
- ☐ \$40.000 A MENOS DE \$50.000
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

GO TO CONCLUSION

¹⁴ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q49. Ahora voy a leer unas categorías de ingresos. Por favor dígame cuando yo lea el rango que mejor representa el ingreso de su hogar.

- ☐ \$50.000 A MENOS DE \$60.000
- ☐ \$60.000 A MENOS DE \$70.000
- ☐ \$70.000 A MENOS DE \$80.000
- ☐ \$80.000 A MENOS DE \$90.000
- ☐ \$90.000 A MENOS DE \$100.000
- ☐ \$100.000 O MÁS
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

CONCLUSION

IF SECTION A (ASA24) NOT INITIATED/SKIPPED (PARENT ANSWERED 'NO' TO Q4.3):

IF CHILD ATTENDS ECC/FCCH → GO TO C1

IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC → CONTINUE

Solo para comprobar, ¿está [CHILDNAME] disponible ahora para ayudar con la entrevista?

- ☐ YES, AVAILABLE → GO TO SECTION A (administer ASA24 interview)
- ☐ NOT AVAILABLE → GO TO C1

[NOTE TO REVIEWERS: For the 1st ICD, having sections B-F incomplete does not trigger another call – the conclusions depend on the ASA24. Sections B-F will be administered at every follow-up interview, as needed.]

IF NO USUAL INTAKE:

IF SECTION A (ASA24) COMPLETE: Nos acaba de dar información valiosa para este estudio. Le enviaremos por correo una tarjeta de regalo de \$20 por esta entrevista. También nos gustaría programar una llamada más para preguntarle sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió en un día cuando [ella/él] no fue al cuidado infantil. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: También podemos completar el resto de la entrevista de hoy en esa oportunidad.] La entrevista tomará no más de 30 minutos y usted recibirá \$30 después que complete la entrevista. → GO TO C6

IF SECTION A (ASA24) NOT COMPLETE: Nos acaba de dar información valiosa para este estudio. Me gustaría programar dos llamadas más con usted. En la primera llamada, podemos terminar de hablar sobre las comidas y bebidas que su hijo(a) consumió ayer y después le podemos enviar por correo la tarjeta de regalo de \$20. En la segunda llamada, le voy a preguntar qué comió y bebió su hijo(a) en un día en que [ella/él] no fue al cuidado infantil y le enviaremos por correo una tarjeta de regalo de \$30 después de completar esa llamada. → GO TO C1

IF USUAL INTAKE: Nos acaba de dar información valiosa para este estudio. Ya que el consumo de alimentos varía de un día a otro, me gustaría programar dos llamadas más con usted. La primera será para preguntar sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumirá el [DATE] cuando [ella/el] esté en el cuidado infantil. En la segunda llamada, le voy a preguntar qué comió y bebió su hijo(a) en un día en que [ella/él] no fue al cuidado infantil. Le enviaremos una tarjeta de regalo de \$30 después que complete cada entrevista. → GO TO C2

C1. ¿Puedo llamarla(o) más tarde hoy o mañana? [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Tal vez le gustaría que [CHILDNAME] participe en la entrevista con usted, si [ella/él] puede dar detalles sobre lo que comió y bebió [ayer/el (DAY)]. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: También podemos completar el resto de la entrevista de hoy en esa oportunidad.]

- ☐ YES
 - ☐ CALL BACK TODAY → GO TO C5
 - ☐ CALL BACK TOMORROW (AUTO FILL DATE) → GO TO C5
- ☐ NO (PARENT NOT AVAILABLE FOR CALL BACK LATER TODAY OR TOMORROW) → IF ASA24 NOT INITIATED → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; OTHERWISE: Esta entrevista tomará no más de 10 minutos. ¿Cuándo sería lo más pronto que podemos llamarla(o) para completar esta entrevista?
 - ☐ DATE [WITHIN 3 DAYS OF INTERVIEW]: _____ → GO TO C5
 - ☐ IF DATE 3 DAYS AFTER INTERVIEW: En ese caso, solo necesito programar una entrevista más con usted. GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW

- C2. ¿Va a ir [CHILDNAME] al cuidado infantil el [SECOND MEAL OBSERVATION DAY]?
- ☐ YES → GO TO C3
 - ☐ NO → IF ASA24 COMPLETE, GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; IF ASA24 NOT COMPLETE, GO TO C4
 - ☐ NOT SURE → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE DAY INTERVIEW.
 - ☐ REFUSED → Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION
- C3. ¿Podemos llamarla(o) [DAY AFTER SECOND MEAL OBSERVATION DAY] para preguntarle qué comió y bebió [CHILDNAME] el [DAY]? La entrevista tomará no más de 30 minutos. [IF ASA24 NOT COMPLETE AND USUAL INTAKE: En esta oportunidad, nos puede dar los detalles sobre las comidas y bebidas que no pudo dar para [ayer/el (DAY)]. [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: y también completar el resto de la entrevista de hoy.]
- ☐ YES → GO TO C5
 - ☐ NO → En ese caso, ¿podemos llamar el [DATE] (2 DAYS AFTER OBSERVATION DAY)?
 - ☐ YES → GO TO C5
 - ☐ NO → IF ASA24 COMPLETE: En ese caso, solo necesito programar una entrevista más con usted. GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW; IF ASA24 NOT COMPLETE, GO TO C4
- C4. Todavía quisiera obtener los detalles sobre las comidas y bebidas de ayer. ¿Puedo llamarla(o) más tarde hoy [o mañana IF THE CALL IS CLOSE TO END OF DAY] para obtener esta información? [IF SECTIONS B-F NOT COMPLETE: También podemos completar el resto de la entrevista de hoy en esa oportunidad.]
- ☐ YES
 - ☐ CALL BACK TODAY → GO TO C5
 - ☐ CALL BACK TOMORROW (AUTOFILL DATE) → GO TO C5
 - ☐ NO (PARENT NOT AVAILABLE FOR CALL BACK LATER TODAY OR TOMORROW) → La entrevista tomará no más de 10 minutos. ¿Cuándo sería lo más pronto que podemos llamarla(o) para completar esta entrevista?
 - ☐ DATE [WITHIN 3 DAYS OF INTERVIEW]: _____ → GO TO C5
 - ☐ IF DATE 3 DAYS AFTER INTERVIEW: En ese caso, solo necesito programar una entrevista más con usted → GO TO SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW
- C5. ¿A qué hora desea que llamemos?
- Time: _____ ☐ AM ☐ PM

SCHEDULE OUT OF CARE INTERVIEW

Me gustaría programar una llamada más para preguntarle sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió en un día cuando [ella/él] no fue al cuidado infantil. La entrevista tomará no más de 30 minutos y usted recibirá una tarjeta de regalo de \$30 después que complete la entrevista.

C6. Pensando en las próximas dos semanas, ¿cuándo no va a ir su hija(o) al cuidado infantil?

- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____

C7. Basado en lo que usted me acaba de decir, nos gustaría llamarla(o) el: [ONE DAY AFTER FIRST AVAILABLE DAY AND DATE]

¿Es este día conveniente para usted?

- ☐ YES → GO TO C8
- ☐ NO → GO TO ONE DAY AFTER NEXT AVAILABLE DAY AND IDENTIFY THE DAY THAT WORKS BEST.

Interview scheduled for: Date: ____ / ____ / ____ → GO TO C8

- ☐ REFUSED → Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? → GO TO REFUSAL CONVERSION

C8. ¿A qué hora debemos llamar?

Time: _____ ☐ AM ☐ PM

C9. Y este número, [###-###-####], ¿todavía es el mejor para comunicarse con usted?

- ☐ YES → GO TO C10
- ☐ NO → ¿A qué número debo llamar?
Número de teléfono: ____ - ____ - ____ → GO TO C10

C10. ¿Podemos enviar también un mensaje de texto recordatorio a este teléfono?

- ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
- ☐ NO → Tiene un número al que le podemos enviar mensajes de texto recordatorios?
 - ☐ YES → Número de teléfono: ____ - ____ - ____ → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ NO → ¿Podemos enviarle un correo electrónico recordatorio a [EMAIL ADDRESS, IF EMAIL ADDRESS PROVIDED IN CONSENT]?
 - ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ NO → Parece que no vamos a poder enviarle un recordatorio. Por favor tenga en cuenta que un miembro del equipo del estudio le va a llamar el [DATE/TIME] → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER

CHILD FOOD DIARY REMINDER

IF DATA RETRIEVAL ONLY: Por favor recuerde usar el Diario de alimentos del niño para anotar los detalles que usted no pudo dar sobre las comidas y bebidas que su hijo(a) consumió el [DATE]. Tendremos mucho gusto en hablar pronto con usted. → GO TO THANK YOU

IF DATA RETRIEVAL AND SECOND ICD SCHEDULED: Por favor recuerde usar el Diario de alimentos del niño para anotar los detalles sobre las comidas y bebidas que su hijo(a) consumió el [DATE] y también las comidas y bebidas que su hijo(a) consume desde la medianoche hasta la medianoche de [mañana/del (DAY)]. → GO TO CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

IF NO DATA RETRIEVAL AND SECOND ICD SCHEDULED OR OCD SCHEDULED: Por favor use el Diario de alimentos del niño para anotar los detalles sobre todas las comidas y bebidas que su hijo(a) consume desde la medianoche hasta la medianoche de [mañana/del DAY)]. → GO TO CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

CHILD FOOD DIARY INSTRUCTIONS

Recuerde que no necesita incluir ninguna comida o bebida que le hayan dado en [Center/ Provider/ Afterschool Program]. Pero si [CHILDNAME] llevó cualquier comida o bebida de la casa a [Center / Provider/ Afterschool Program], por favor asegúrese de anotarla.]

Por favor anote todos los alimentos que comió en casa, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: mientras estaba en la escuela – incluyendo alimentos llevados de la casa a la escuela, así como alimentos] compartidos entre amigos, o comprados en una tienda, lugar de comida rápida o restaurante.

Si es necesario, hable con otros que pueden haberle servido comidas y bebidas a su hijo(a) cuando no estaba en el cuidado infantil. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Tal vez le gustaría que [CHILDNAME] participara en la entrevista con usted, si [ella/él] puede dar detalles sobre lo que comió y bebió [ayer/el (DAY)].

IF RESPONSE TO PARENT INTERVIEW Q4 AND Q4.1 = NO → GO TO C11; OTHERWISE GO TO THANK YOU.

C11. ¿Todavía tiene el Diario de alimentos del niño que le mandamos?

- ☐ YES → GO TO THANK YOU
- ☐ NO → ¿Quiere que le envíe el diario por correo electrónico a [EMAIL ADDRESS]?
 - ☐ YES → GO TO THANK YOU
 - ☐ NO
 - ☐ Enviar a un correo electrónico diferente: _____ → GO TO THANK YOU
 - ☐ NOT NEEDED. Para usar su propio papel, por favor asegúrese de anotar la hora del día y/o la comida o merienda en que su hijo(a) consumió el alimento o la bebida; el nombre del alimento o la bebida, y la cantidad que su hijo(a) consumió. → GO TO THANK YOU

THANK YOU

Muchas gracias por su participación en esta entrevista.

IF DR REQUIRED AND INTERVIEW SCHEDULED: Tendremos mucho gusto en hablar pronto con usted. → GO TO C12

IF DR REQUIRED AND INTERVIEW NOT SCHEDULED/PARENT REFUSED OR IF ASA24 COMPLETE: → GO TO C12

C12. Quisiera confirmar su nombre y dirección de correo para que podamos enviarle la tarjeta de regalo de \$20. Tengo que su nombre es [FIRST AND LAST NAME]. ¿Está correcto?

☐ YES

☐ NO → ¿Cuál es su nombre?

PROBE: ¿Me lo puede deletrear por favor?

FIRST NAME

LAST NAME

C13. La dirección que tengo es [ADDRESS]. ¿Está correcta?

YES

NO → ¿Cuál es su dirección actual?

PROBE: ¿Hay un número de apartamento?

PROBE: Aquí es donde vamos a enviar su tarjeta de regalo.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

REFUSAL CONVERSION

Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar?

IF: No hago encuestas/no quiero que mi hijo(a) participe en un estudio.

ANSWER: Entiendo, pero este estudio ayudará al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil. Los resultados ayudarán a mejorar el programa.

IF: No sé si usted es quien dice que es.

ANSWER: Le puedo dar un número 800 al que puede llamar y confirmar que el estudio es auténtico.

IF: No sé cómo se van a usar los resultados.

ANSWER: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos necesita evaluar cada cierto tiempo los programas financiados por el gobierno. Este estudio les ayudará a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil, y esta información puede ayudar a mejorar los programas de cuidado infantil.

IF: No quiero que el gobierno sepa sobre mí/mi hijo(a).

ANSWER: Los evaluadores y el personal del programa deben seguir todas las leyes federales y estatales para proteger su privacidad. En los informes del estudio se van a combinar sus respuestas con las de otros participantes para resumir lo que hallamos. En los informes nunca aparecerán nombres o direcciones. Así nadie podrá identificarle a usted, a su hijo(a), o a su proveedor de cuidado infantil.

IF: No tengo tiempo/esta hora no es buena.

ANSWER: Podemos programar una hora para llamar de vuelta que sea conveniente para usted.

Date _____ Time _____

IF STILL HESITANT: [SAMPLED SITE NAME] es uno de los aproximadamente 1.300 proveedores de cuidado infantil en todo el país que están ayudando a el USDA a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil. Queremos estar seguros de que el estudio incluye a personas como usted para asegurar que los resultados sean justos y precisos. Realmente queremos incluir a su hogar en el estudio. Si esta hora no es buena, podemos programar la entrevista durante el día o en la noche, a cualquier hora que sea mejor para usted.

IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, RESUME INTERVIEW

IF STILL REFUSES, THANK AND COMPLETE

Autoridad: Esta información se recolecta bajo la autoridad de disposiciones de la Ley de Niños Saludables y Libres de Hambre de 2010 (P. L. 111-296) y la Sección 28 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (42 U.S.C. 1769i) según enmendada.

Propósito: El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para evaluar la calidad nutricional de las comidas y meriendas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés), el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP.

Uso rutinario: Los registros en este sistema pueden ser divulgados a firmas privadas que hicieron un acuerdo con FNS para recolectar, juntar, analizar, o refinar de otro modo registros con fines de evaluar e informar al Congreso y agencias regulatorias apropiadas, y/o funcionarios departamentales y de FNS.

Divulgación: Divulgar la información es voluntario, y no hay ninguna consecuencia para usted como participante individual en el CACFP por no proporcionar la información. El Aviso de sistema de registros para esta recopilación de información es USDA/FNS-8, Estudios e informes de FNS, que puede encontrar en <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.3. Parent Interview for ASA24 Only - English



OMB Number: 0584-0669
Expiration Date: 10/31/2024

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

Parent Interview for ASA24 Only (Out-of-Care Day or Usual Intake Subsample)

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.5 hours (30 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Hello, this message is for [CONSENTED PARENT NAME]. This is [INTERVIEWER NAME] from the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings, or SNACS-II. We had scheduled an interview appointment with you for [date, time]. Please call our toll-free number, [insert #], today to reschedule the interview appointment with [you/you and CHILDNAME]. The interview will take no more than 30 minutes. After [you/you and CHILDNAME] complete the interview, we will send you a \$30 gift card. We look forward to speaking with you today.

INTRO: Hello, my name is [INTERVIEWER NAME] from Mathematica. I am calling about the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings. May I please speak to [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE → GO TO CONSENT
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE → I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS ABOUT STUDY, IF NEEDED. CODE AS REFUSAL¹

CONSENT: Thank you for agreeing to continue in the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings.

IF 2nd ICD INTERVIEW: I understand that your child went to [Center/Provider/Afterschool Program] [yesterday/(DAY)]. I would like to ask you some questions about what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)]. [IF SECTIONS B-F INCOMPLETE: I will also ask you about [CHILDNAME]'s physical activity and some general information about your household]. You will receive a \$30 gift card to thank you for your participation. → GO TO Q1

IF OCD INTERVIEW: I would like to ask you some questions about what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)] [IF SECTIONS B-F INCOMPLETE: and about [CHILDNAME]'s physical activity and some general information about your household]. You will receive a \$30 gift card to thank you for your participation.

This interview is voluntary. That means you can skip any question and you can stop at any time. Taking part in this study will not affect your benefits in any way – either now or in the future. Your information will be kept private and used only for research purposes according to state and federal law. We will not include information that identify you or

¹ These are programming notes. On screen this will take the interviewer to the correct screen.

your family members in any report. The responses of all parents taking part in the study will be combined for reporting purposes. → GO TO Q1

IF ICD NOT COMPLETE (AND NO LONGER POSSIBLE), SCHEDULE OCD: We tried to contact you [last week/a few weeks ago] for the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings. We are interested in completing the parent interview with you and to gather information in what [CHILDNAME] ate on a day when [CHILDNAME] did not attend childcare at [Center/Provider/ Afterschool program]. The interview will take no more than 30 minutes and we will pay you \$30 after the interview. GO TO → CONCLUSION QUESTION C4.

Q1. I would like to start by asking about foods and drinks [CHILDNAME] had ...

IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW ONLY: [yesterday/(DAY)].

IF 2ND ICD INTERVIEW: on [DAY] and then ask about foods and drinks (she/he) had [yesterday/(DAY)].

[IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: You may wish to have [CHILD NAME] participate in the first part of the interview with you, if [she/he] can provide details about what [she/he] had to eat and drink [yesterday/(DAY)]. Do you have the details about what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)] on your Child Food Diary?

- ☐ Yes → GO TO Q1.1
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q1.2; ELSE GO TO Q1.3

Q1.1. And do you have your Child Food Diary with you? I will wait while you get it.

- ☐ Yes → GO TO Q2
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q1.2; ELSE GO TO Q1.3

Q1.2. Is [CHILDNAME] available now to assist with the interview?

- ☐ Yes → GO TO Q2
- ☐ No → GO TO Q1.3

Q1.3. Are you able to tell me about foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)]?

- ☐ Yes → GO TO Q2
- ☐ No → Because you don't have the information about foods and drinks [CHILDNAME] had [IF DR AND 2ND ICD INTERVIEW: on (DAY) and] [yesterday/(DAY)] [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: and [CHILDNAME] is not available to help with the interview], we can reschedule the interview for later. GO TO CONCLUSION

Q2. Do you have any questions about the interview before I begin?

- ☐ Yes → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No

SECTION A: ASA24

PROGRAMMER: IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW BEING COLLECTED, CONTINUE; ELSE GO TO CONCLUSION.

I would like to ask about what [CHILDNAME] had to eat and drink [yesterday/(DAY)]. Please use the information you recorded on the Child Food Diary to remind you of the foods and drinks [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)].

[IF 2ND ICD INTERVIEW: Since we observed the foods and beverages [CHILDNAME] had while at [Center/Provider/Afterschool Program], you do not need to report anything that [Center/Provider/Afterschool Program] provided. But, if [CHILDNAME] brought any foods or drinks from home to [Center/Provider/Afterschool Program], please be sure to tell me about them.] Please include all foods eaten at home, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: while at school – including foods brought from home to school, as well as foods] shared by friends, purchased at the store, a fast food place, or restaurant.

To help you report the amounts of foods and beverages that [CHILDNAME] had [yesterday/(DAY)], I may ask you to look at the pictures in the Food Model Booklet, or you can use your own measuring cups and spoons. Do you have the Food Model Booklet ready to help with the interview?

- ☐ Yes
- ☐ No → Do you have your own measuring cups and spoons available to help with the interview?
 - ☐ Yes → I will wait a few minutes while you get them.
 - ☐ No → That is fine, we can still do the interview now.

LAUNCH ASA24 (<https://epi.grants.cancer.gov/asa24/>)

INTERVIEWER: RECORD WHO COMPLETED THE ASA24:

- ☐ Parent only
- ☐ Child and parent together
- ☐ Child only

PROGRAMMER: IF SECTIONS B-F FROM 1ST ICD PARENT INTERVIEW ARE NOT COMPLETE, LAUNCH SECTIONS B-F.

GO TO CONCLUSION

CONCLUSION

BOX 1

IF ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED → GO TO C1 (UPCOMING INTERVIEWS)

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED, AND 2nd OUT OF CARE USUAL INTAKE NEEDED → GO TO C2 (SCHEDULE 2ND OUT OF CARE INTERVIEW)

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED OR NEEDED → GO TO THANK YOU

UPCOMING INTERVIEWS:

C1. It looks like you are scheduled to talk with us on [DATE] about what [CHILDNAME] ate and drank on [DATE]. This interview will take no more than 30 minutes and you will receive [IF FIRST ICD INTERVIEW: \$20; IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW: \$30] after you complete the interview. Is this still a good day and time to call you?

- ☐ YES
- ☐ NO → When is a good day and time to call you?
 - ☐ RESCHEDULE DATE
DATE: _____
 - ☐ RESCHEDULE TIME
TIME: _____ ☐ AM ☐ PM
- ☐ REFUSED → I'm sorry to hear that you no longer wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION

IF 2nd OUT OF CARE USUAL INTAKE NEEDED → GO TO SCHEDULE 2ND OUT OF CARE INTERVIEW

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED OR NEEDED → GO TO C5

SCHEDULE 2nd OUT OF CARE INTERVIEW

I see here that you have also been selected for an additional interview about what [CHILDNAME] ate and drank on a day when she/he did not attend child care. This will take no more than 30 minutes and you will receive \$30 after you complete the interview.

C2. Thinking about the next two weeks, when will your child not attend child care?

- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____
- ☐ Day: _____ Date: _____

C3. Based on what you just told me, we would like to call you on: [ONE DAY AFTER FIRST AVAILABLE DAY AND DATE]

Does this work for you?

- ☐ YES → GO TO C4
- ☐ NO → GO TO ONE DAY AFTER NEXT AVAILABLE DAY AND IDENTIFY THE DAY THAT WORKS BEST.
DATE: ____ / ____ / ____ → GO TO C4
- ☐ REFUSED → I'm sorry to hear that you no longer wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? → GO TO THANK YOU

C4. What time should we call you?

Time: _____ ☐ AM ☐ PM

C5. Thank you. I have it here that we will be talking with you soon on [NEXT INTERVIEW DATE]. And is this [###-###-####] still the best number to reach you?

- ☐ YES
- ☐ NO → What number should I call you at?
Telephone number: ____-____-____.

C6. May we also send you a text message reminder at this telephone number?

- ☐ YES
- ☐ NO → Do you have a number we can use for a text message reminder?
 - ☐ YES → Telephone number: ____-____-____.
 - ☐ NO → May we send you an email reminder for your next interview at [EMAIL, IF EMAIL ADDRESS PROVIDED IN CONSENT]?
 - ☐ YES → Email address: _____
 - ☐ NO → Since we are not able to send you a reminder, please remember that we will call you at [DATE, TIME].

IF RESPONSE TO PARENT INTERVIEW Q1.3 = NO → GO TO C7; OTHERWISE GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER.

C7. Would you like me to send you the Child Food Diary at [EMAIL ADDRESS] before the next interview?

- ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
- ☐ NO
 - ☐ Send to a different email address: _____ → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ Not needed. To use your own paper, please be sure to record the time of day and/or the meal or snack at which your child had the food or drink, the name of the food or drink, and the amount your child had. → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER

CHILD FOOD DIARY REMINDER

Great, thank you. The study team will send you a reminder about this interview and to complete the Child Food Diary at [TELEPHONE NUMBER FROM C7/C8 OR EMAIL ADDRESS FROM C8].

IF ICD INTERVIEW IS SCHEDULED: As a reminder, you do not need to include any foods or drinks provided by [Center/Provider/Afterschool Program]. But, if [CHILDNAME] brought any foods or drinks from home to [Center/Provider/Afterschool Program], please be sure to write them down.

Please write down all foods eaten at home, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: while at school – including foods brought from home to school,] shared by friends, purchased at the store, fast food place, or restaurant.

If needed, talk with others who may have served foods and drinks to your child when your child was not in child care. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: You may wish to have [CHILDNAME] participate in the interview with you, if [she/he] can provide details about what [she/he] had to eat and drink [yesterday/(DAY)].

THANK YOU

I would like to confirm your mailing address so that we can send you [IF DR AND 2ND ICD INTERVIEW: the \$20 gift card for completing your first interview and \$30 for completing this second interview] [IF 2ND ICD INTERVIEW OR OCD INTERVIEW: a \$30 gift card]. The address I have is: [ADDRESS]. Is this correct?

- ☐ YES
- ☐ NO → What is your current address?
PROBE: Is there an apartment number?

PROBE: This is where we will mail your gift card.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

Thank you for participating in this important study.

REFUSAL CONVERSION

I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate?

IF: I don't do surveys/don't want my child to participate in a study.

ANSWER: I understand, but this study will help the U.S. Department of Agriculture understand the food and activities provided in child care settings. The results will help improve the program.

IF: I don't know if you are who you say you are.

ANSWER: I can give you our 800 number to call and confirm the authenticity of the study.

IF: I don't know how the results will be used.

ANSWER: The U.S. Department of Agriculture needs to periodically assess programs funded by the government. This study will help them understand the food and activities provided in child care settings, and this information may help improve child care programs.

IF: I don't want the government to know about me/my child.

ANSWER: Researchers and program staff must follow all federal and state laws to protect your privacy. Study reports will combine your answers with those from others to summarize what we found. We will never report names or addresses. This way, no one can identify you, your child, or your child care provider.

IF: It's a bad time.

ANSWER: We can schedule a callback for a time that would be good for you.

Date _____ Time _____

IF STILL HESITANT: [SAMPLED SITE NAME] is one of about 1,300 child care providers across the country that are helping USDA understand the food and activities provided in child care settings. We want to be sure that the study includes people like yourself, to ensure that the study findings are fair and accurate. We really want to include your household in the study. If now is a bad time, we can schedule the interview during the day or in the evening, any time that is better for you.

IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, RESUME INTERVIEW

IF STILL REFUSES, THANK AND COMPLETE

Authority: This information is being collected under the authority of the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010 (P. L. 111-296), Section 305.

Purpose: The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to evaluate the nutritional quality of Child and Adult Care Food Program (CACFP) meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants.

Routine Use: The records in this system may be disclosed to private firms that have contracted with FNS to collect, aggregate, analyze, or otherwise refine records for the purpose of research and reporting to Congress and appropriate oversight agencies, and/or departmental and FNS officials.

Disclosure: Disclosing the information is voluntary, and there are no consequences to you as an individual participant in the CACFP for not providing the information.

The System of Records Notice for this information collection is USDA/FNS-8, FNS Studies and Reports, which can be located at <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.4. Parent Interview for ASA24 Only - Spanish



Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II (SNACS-II por sus siglas en inglés)

Entrevista con los padres para solo ASA24 (Parent Interview for ASA24 Only)

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para comprender la calidad nutricional de las comidas y meriendas del CACFP, el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP. Esta es una recolección voluntaria y el FNS usará la información para examinar las operaciones del CACFP. Esta recolección pide información personal identificable bajo la Ley de privacidad de 1974. Las respuestas se mantendrán privadas en la medida prevista por la ley y los reglamentos del FNS. De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de datos es 0584-0669. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 0.5 horas (30 minutos) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314 ATTN: PRA (0584-0669). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Buenos días/Buenas tardes, este mensaje es para [CONSENTED PARENT NAME]. Mi nombre es [INTERVIEWER NAME]. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II. Teníamos programada una entrevista con usted para el [date, time]. Por favor llame a nuestro número gratuito, [insert #], hoy para programar nuevamente la cita con [usted/usted y CHILDDNAME]. La entrevista tomará no más de 30 minutos. Después de que [usted complete/usted y CHILDDNAME completen] la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$30. Tendremos mucho gusto en hablar con usted hoy.

INTRO: Buenos días/Buenas tardes, mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y represento a Mathematica. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil. ¿Podría hablar con [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE - → GO TO CONSENT
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE → Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS ABOUT STUDY, IF NEEDED. CODE AS REFUSAL¹

CONSENT: Gracias por estar de acuerdo en seguir participando en el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil.

IF 2nd ICD INTERVIEW: Tengo entendido que su hijo(a) fue a [Center/Provider/Afterschool Program] [ayer/el (DAY)]. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que [CHILDDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)]. [IF SECTIONS B-F INCOMPLETE: También le preguntaré sobre la actividad física de [CHILDDNAME] y alguna información general sobre su hogar.] Usted recibirá una tarjeta de regalo de \$30 como agradecimiento por su participación. → GO TO Q1

IF OCD INTERVIEW: Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre lo que [CHILDDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)]. [IF SECTIONS B-F INCOMPLETE: y sobre la actividad física de [CHILDDNAME] y alguna información general sobre su hogar.] Usted recibirá una tarjeta de regalo de \$30 como agradecimiento por su participación.

Esta entrevista es voluntaria. Eso significa que se puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar y puede dar por terminada la entrevista en cualquier momento. El participar en este estudio no afectará de ninguna manera sus beneficios— ya sea ahora o en el futuro. Su información se mantendrá privada y se utilizará solo con fines de evaluación en conformidad a las leyes estatales y federales. No incluiremos información que le identifique a usted o a miembros de su familia en ningún informe. En los informes se combinarán las respuestas de todos los padres que participan en el estudio. → GO TO Q1

IF ICD NOT COMPLETE (AND NO LONGER POSSIBLE), SCHEDULE OCD: Tratamos de ponernos en contacto con usted [la semana pasada/hace unas semanas atrás] para el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II. Estamos interesados en completar la entrevista de padres con usted y obtener información sobre lo que [CHILDDNAME] comió en un día cuando [ella/él] no fue al cuidado infantil en [Center/Provider/ Afterschool Program] La entrevista tomará no más de 30 minutos y le pagaremos \$30 después de la entrevista. GO TO → CONCLUSION QUESTION C4.

¹ These are programming notes. On screen, this will take the interviewer to the correct screen.

Q1. Quisiera comenzar preguntando sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió ...

IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW ONLY: [ayer/el ([DAY).

IF 2ND ICD INTERVIEW: el [DAY] y después preguntar sobre las comidas y bebidas que [ella/él] consumió [ayer/el (DAY)].

[IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Tal vez le gustaría que [CHILDNAME] participe en la primera parte de la entrevista con usted si [ella/él] puede dar detalles sobre lo que comió y bebió [ayer/el (DAY)]. ¿Tiene los detalles sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)] en su Diario de alimentos del niño?

- ☐ Sí → GO TO Q1.1
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q1.2; ELSE GO TO Q1.3

Q1.1 ¿Y tiene su Diario de alimentos del niño con usted? Yo espero mientras usted lo va a buscar.

- ☐ Sí → GO TO Q2
- ☐ No → IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: GO TO Q1.2; ELSE GO TO Q1.3

Q1.2 ¿Está [CHILDNAME] disponible ahora para ayudar con la entrevista?

- ☐ Sí → GO TO Q2
- ☐ No → GO TO Q1.3

Q1.3 ¿Me puede hablar sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)]?

- ☐ Sí → GO TO Q2
- ☐ No → Ya que usted no tiene la información sobre las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [IF DR AND 2ND ICD INTERVIEW: el (DAY) y] [ayer/el (DAY)] [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: y [CHILDNAME] no está disponible para ayudar con la entrevista], podemos programar la entrevista para más tarde. GO TO CONCLUSION

Q2. ¿Tiene alguna pregunta sobre la entrevista antes de comenzar?

- ☐ Sí → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No

SECTION A: ASA24

PROGRAMMER: IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW BEING COLLECTED, CONTINUE; ELSE GO TO CONCLUSION.

Me gustaría preguntarle sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió [ayer/el (DAY)]. Por favor use la información que anotó en el Diario de alimentos del niño para recordar las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió [ayer/el (DAY)].

[IF 2ND ICD INTERVIEW: Ya que hemos observado las comidas y bebidas que [CHILDNAME] consumió en [Center/Provider/Afterschool Program], no necesita incluir ninguna comida o bebida que le hayan dado en [Center/Provider/Afterschool Program]. Pero si [CHILDNAME] llevó alguna comida o bebida de la casa a [Center/Provider/Afterschool Program], por favor asegúrese de hablarme sobre ellas.] Por favor incluya todos los alimentos consumidos en casa, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: mientras estaba en la escuela - incluyendo alimentos llevados de la casa a la escuela], alimentos compartidos entre amigos, o comprados en una tienda, lugar de comida rápida o restaurante.

Para ayudarle a reportar las cantidades de alimentos y bebidas que [CHILDNAME] consumió (ayer/el (DAY)), puede que le pida que mire las ilustraciones en el Folleto de Modelo de Alimentos, o usted puede usar sus propias tazas y cucharillas de medir. ¿Tiene el Folleto de Modelo de Alimentos listo para ayudar con la entrevista?

- ☐ Sí
- ☐ No → ¿Tiene sus propias tazas y cucharillas de medir disponibles para ayudar con la entrevista?
 - ☐ Sí → Voy a esperar unos minutos mientras las va a buscar.
 - ☐ No → Está bien, igual podemos hacer la entrevista ahora.

LAUNCH ASA24(<https://epi.grants.cancer.gov/asa24/>)

INTERVIEWER: RECORD WHO COMPLETED THE ASA24:

- ☐ Parent only
- ☐ Child and parent together
- ☐ Child only

PROGRAMMER: IF SECTIONS B-F FROM 1ST ICD PARENT INTERVIEW ARE NOT COMPLETE,
LAUNCH SECTIONS B-F.

GO TO CONCLUSION

CONCLUSION

BOX 1

IF ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED → GO TO C1 (UPCOMING INTERVIEWS)

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED, AND 2nd OUT OF CARE USUAL INTAKE NEEDED →
GO TO C2 (SCHEDULE 2ND OUT OF CARE INTERVIEW)

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED OR NEEDED → GO TO THANK YOU

UPCOMING INTERVIEWS:

C1. Al parecer usted tiene una cita para hablar con nosotros el [DATE] sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió el [DATE]. Esta entrevista tomará no más de 30 minutos y usted recibirá [IF FIRST ICD INTERVIEW: \$20; IF 2ND ICD OR OCD INTERVIEW: \$30] después de que complete la entrevista. ¿Es este todavía un buen día y hora para llamar?

- ☐ YES
- ☐ NO → ¿Cuándo es un buen día y hora para llamarla(o)?
 - ☐ RESCHEDULE DATE
DATE: _____
 - ☐ RESCHEDULE TIME
TIME: _____ ☐ AM ☐ PM
- ☐ REFUSED → Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION

IF 2nd OUT OF CARE USUAL INTAKE NEEDED → GO TO SCHEDULE 2ND OUT OF CARE INTERVIEW

IF NO ADDITIONAL INTERVIEWS SCHEDULED OR NEEDED → GO TO C5

SCHEDULE 2nd OUT OF CARE INTERVIEW
--

Veo aquí que usted ha sido seleccionada(o) para una entrevista más sobre lo que [CHILDNAME] comió y bebió en un día cuando [ella/él] no fue al cuidado infantil. Esto tomará no más de 30 minutos y usted recibirá \$30 después de que complete la entrevista.

C2. Pensando en las próximas dos semanas, ¿cuándo no va a ir su hijo(a) al cuidado infantil?

- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____
- ☐ Día: _____ Fecha: _____

C3. Basado en lo que usted me acaba de decir, nos gustaría llamarla(o) el: [ONE DAY AFTER FIRST AVAILABLE DAY AND DATE]

¿Es este día conveniente para usted?

- ☐ Sí → GO TO C4
- ☐ No → GO TO ONE DAY AFTER NEXT AVAILABLE DAY AND IDENTIFY THE DAY THAT WORKS BEST.
DATE: ____ / ____ / ____ ☐ GO TO C4
- ☐ REFUSED → Lamento que no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? → GO TO THANK YOU.

C4. ¿A qué hora debemos llamarla(o)?
Hora: _____ ☐ AM ☐ PM

C5. Gracias. Tengo aquí que hablaremos con usted pronto el [NEXT INTERVIEW DATE]. Y este número, [###-###-####], ¿todavía es el mejor para comunicarse con usted?

- ☐ Sí
- ☐ No → ¿A qué número debo llamar?
Número de teléfono: ____-____-____.

C6. ¿Podemos enviar también un mensaje de texto recordatorio a este teléfono?

- ☐ YES
- ☐ NO → ¿Tiene un número al que le podemos enviar mensajes de texto recordatorios?
 - ☐ Sí → Número de teléfono: ____-____-____.
 - ☐ No → ¿Podemos enviarle un correo electrónico recordatorio para su próxima entrevista a [EMAIL, IF EMAIL ADDRESS PROVIDED IN CONSENT]?
 - ☐ YES → Dirección de correo electrónico: _____
 - ☐ NO → Ya que no podemos enviarle un recordatorio, por favor recuerde que la(o) llamaremos el [DATE, TIME].

IF RESPONSE TO PARENT INTERVIEW Q1.3 = NO → GO TO C7; OTHERWISE GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER.

C7. ¿Le gustaría que le envíe el Diario de alimentos del niño a [EMAIL ADDRESS] antes de la próxima entrevista?

- ☐ YES → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
- ☐ NO
 - ☐ SEND TO A DIFFERENT EMAIL ADDRESS: _____ → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER
 - ☐ NOT NEEDED: Para usar su propio papel, por favor asegúrese de anotar la hora del día y/o la comida o merienda en que su hijo(a) consumió el alimento o bebida, el nombre del alimento o la bebida y la cantidad que su hijo(a) consumió. → GO TO CHILD FOOD DIARY REMINDER

CHILD FOOD DIARY REMINDER

Muy bien, gracias. El equipo de estudio le enviará un recordatorio para esta entrevista y para que complete el Diario de alimentos del niño al [TELEPHONE NUMBER FROM C7/C8 OR EMAIL ADDRESS FROM C8].

IF ICD INTERVIEW IS SCHEDULED: Recuerde que no necesita incluir ninguna comida o bebida que le hayan dado en [Center/ Provider/ Afterschool Program]. Pero si [CHILDNAME] llevó cualquier comida o bebida de la casa a [Center / Provider/ Afterschool Program], por favor asegúrese de anotarla.]

Por favor anote todos los alimentos que comió en casa, [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: mientras estaba en la escuela – incluyendo alimentos llevados de la casa a la escuela, así como alimentos] compartidos entre amigos, o comprados en una tienda, lugar de comida rápida o restaurante.

Si es necesario, hable con otros que pueden haberle servido comidas y bebidas a su hijo(a) cuando no estaba en el cuidado infantil. [IF CHILD ATTENDS AR/OSHCC: Tal vez le gustaría que [CHILDNAME] participara en la entrevista con usted, si [ella/él] puede dar detalles sobre lo que comió y bebió [ayer/el (DAY).]

THANK YOU

Me gustaría confirmar su dirección de correo para poder mandarle [IF DR AND 2ND ICD INTERVIEW: la tarjeta de regalo de \$20 por completar su primera entrevista y de \$30 por completar esta segunda entrevista] [IF 2ND ICD INTERVIEW OR OCD INTERVIEW: una tarjeta de regalo de \$30]. La dirección que tengo es [ADDRESS]. ¿Está correcta?

☐ Sí

☐ No → ¿Cuál es su dirección actual?

PROBE: ¿Hay un número de apartamento?

PROBE: Aquí es donde le vamos a enviar su tarjeta de regalo.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

Gracias por participar en este importante estudio.

REFUSAL CONVERSION

Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar?

IF: No hago encuestas/no quiero que mi hijo(a) participe en un estudio.

ANSWER: Entiendo, pero este estudio ayudará al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil. Los resultados ayudarán a mejorar el programa.

IF: No sé si usted es quien dice que es.

ANSWER: Le puedo dar un número 800 al que puede llamar y confirmar que el estudio es auténtico.

IF: No sé cómo se van a usar los resultados.

ANSWER: El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos necesita evaluar cada cierto tiempo los programas financiados por el gobierno. Este estudio les ayudará a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil, y esta información puede ayudar a mejorar los programas de cuidado infantil.

IF: No quiero que el gobierno sepa sobre mí/mi hijo(a).

ANSWER: Los evaluadores y el personal del programa deben seguir todas las leyes federales y estatales para proteger su privacidad. En los informes del estudio se van a combinar sus respuestas con las de otros participantes para resumir lo que hallamos. En los informes nunca aparecerán nombres o direcciones. Así nadie podrá identificarle a usted, a su hijo(a), o a su proveedor de cuidado infantil.

IF: No tengo tiempo/esta hora no es buena.

ANSWER: Podemos programar una hora para llamar de vuelta que sea conveniente para usted.

Date _____ Time _____

IF STILL HESITANT: [SAMPLED SITE NAME] es uno de los aproximadamente 1.300 proveedores de cuidado infantil en todo el país que están ayudando a el USDA a comprender las comidas y actividades que se ofrecen en los entornos de cuidado infantil. Queremos estar seguros de que el estudio incluye a personas como usted para asegurar que los resultados sean justos y precisos. Realmente queremos incluir a su hogar en el estudio. Si esta hora no es buena, podemos programar la entrevista durante el día o en la noche, a cualquier hora que sea mejor para usted.

IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, RESUME INTERVIEW

IF STILL REFUSES, THANK AND COMPLETE

Autoridad: Esta información se recolecta bajo la autoridad de disposiciones de la Ley de Niños Saludables y Libres de Hambre de 2010 (P. L. 111-296) y la Sección 28 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (42 U.S.C. 1769i) según enmendada.

Propósito: El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para evaluar la calidad nutricional de las comidas y meriendas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés), el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP.

Uso rutinario: Los registros en este sistema pueden ser divulgados a firmas privadas que hicieron un acuerdo con FNS para recolectar, juntar, analizar, o refinar de otro modo registros con fines de evaluar e informar al Congreso y agencias regulatorias apropiadas, y/o funcionarios departamentales y de FNS.

Divulgación: Divulgar la información es voluntario, y no hay ninguna consecuencia para usted como participante individual en el CACFP por no proporcionar la información. El Aviso de sistema de registros para esta recopilación de información es USDA/FNS-8, Estudios e informes de FNS, que puede encontrar en <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.5. Height and Weight Form

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

H/W Label

Place label here

Field Staff ID #: | | | | | | |

| | | / | | | / **2023**
Month Day

Is this child age 12 to 23 months, or an older child unable to stand on scale unassisted?

0 ☐ No (if no, turn page over)

1 ☐ Yes (if yes, complete this side of form)

Standing and Holding Weight Form – Ages 12 to 23 Months and Older Children Unable to Stand Unassisted

REMOVE SHOES, HATS, HEAVY CLOTHING, AND REMOVE HAIR PIECES AND EMPTY POCKETS.
ENSURE THAT THE CHILD IS NOT HOLDING ANYTHING DURING THE MEASUREMENT.

If child is unable to stand on scale unassisted, use the following procedure:

1. Have adult caregiver pick up the child and step onto the scale.
2. Record combined weight below.
3. Have the caregiver put down the child and step back onto the scale.
4. Obtain reading and record weight below in second column.

IF DIFFERENCE BETWEEN 1ST & 2ND
MEASUREMENT IS GREATER THAN
0.2 lbs, TAKE 3RD MEASUREMENT.

1.	Weight	Caregiver and Child					Caregiver only							
	1 st measurement				.		lbs	1 st measurement				.		lbs
	2 nd measurement				.		lbs	2 nd measurement				.		lbs
	3 rd measurement				.		lbs	3 rd measurement				.		lbs

2. Check all concerns you have regarding the measurement below. If none, check "no concerns."

- | | |
|---|---|
| 0 ☐ No concerns | 4 ☐ Difficulty obtaining measurement (<i>Describe in Comments</i>) |
| 1 ☐ Wearing heavy clothing | 5 ☐ Refusal (no measurement or report) |
| 2 ☐ Wearing shoes or boots | |
| 3 ☐ Wearing cast or brace | 7 ☐ Other (<i>Specify</i>) _____ |

Comments: _____

(Turn page over for ages 2+)

Standing Height and Weight Form – Ages 2 and Up

ASK CHILD TO REMOVE SHOES, HATS, HEAVY CLOTHING, REMOVABLE HAIR PIECES AND EMPTY POCKETS. ENSURE THAT THE CHILD IS NOT HOLDING ANYTHING DURING THE MEASUREMENT.

1. Standing Height

1 st measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Centimeters
2 nd measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Centimeters
3 rd measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Centimeters

IF DIFFERENCE BETWEEN 1ST & 2ND MEASUREMENT IS GREATER THAN 0.5 CM, TAKE 3RD MEASUREMENT.

2. Check all concerns you have regarding the measurement above. If none, check “no concerns.”

- | | |
|--|---|
| <p>0 ☐ No concerns</p> <p>1 ☐ Wearing shoes or boots</p> <p>2 ☐ Hair, hair piece, or hat interfered</p> | <p>3 ☐ Difficulty obtaining measurement (<i>Describe in Comments</i>)</p> <p>4 ☐ Refusal (no measurement or report)</p> <p>5 ☐ Self-Report (<i>Write height reported</i>) _____</p> <p>6 ☐ Other (<i>Specify</i>) _____</p> |
|--|---|

3. Weight

1 st measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Lbs
2 nd measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Lbs
3 rd measurement	<table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				.	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		Lbs

IF DIFFERENCE BETWEEN 1ST & 2ND MEASUREMENT IS GREATER THAN 0.2 lbs, TAKE 3RD MEASUREMENT.

4. Check all concerns you have regarding the measurement below. If none, check “no concerns.”

- | | |
|---|---|
| <p>0 ☐ No concerns</p> <p>1 ☐ Wearing heavy clothing</p> <p>2 ☐ Wearing shoes or boots</p> <p>3 ☐ Wearing cast or brace</p> | <p>4 ☐ Difficulty obtaining measurement (<i>Describe in Comments</i>)</p> <p>5 ☐ Refusal (no measurement or report)</p> <p>6 ☐ Self-Report (<i>Write weight reported</i>) _____</p> <p>7 ☐ Other (<i>Specify</i>) _____</p> |
|---|---|

Comments: _____

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.0835 hours (5 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

J.6. Teen Survey - English



OMB Number: 0584-0669
Expiration Date: 10/31/2024

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

Food and Physical Activity Experiences Survey

PUT TEEN SURVEY LABEL (ENGLISH) HERE

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.167 hours (10 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II

Assent Form

What is SNACS-II?

This study is for the U.S. Department of Agriculture (USDA). USDA is the part of the federal government that is responsible for the meals and snacks in your afterschool program. Part of the study will look at the experiences of youth like you who attend these programs. The study is being conducted by a company called Mathematica.

What is expected of me?

The data collector visiting your afterschool program will ask you to complete this paper survey. The survey has questions about your participation in your afterschool program, the types of activities you do, and your food situation at home. If you return the completed survey to the data collector, they will give you a small gift for helping with the study.

Do I have to participate in the study?

No. You can decide if you want to be in the study or not. Your parent or guardian gave permission for you to be in the study, but you can still choose not to participate. Your decision will not affect your participation in this program in any way. You may also change your mind at any time, and you can choose to skip questions in the survey.

Will anyone know I am in the study?

No. Your name will not be part of the study. Your answers will be kept private. All information gathered for the study is private under the Privacy Act to the extent allowed by law. The data collector is not allowed to share your personal information with anyone except other people working on this study.

Are there any risks or benefits to being in the study?

You will not benefit directly from being in the study, but you will help USDA and afterschool programs like this one understand the youth they serve. Although there is a very small chance someone could see your answers, the study team has taken many steps to reduce this risk. For example, we did not put your name on this survey.

Who can I talk to about the study?

If you or your parent or guardian have any questions about the study, please call the study team at [PHONE] (toll-free). If you or your parent or guardian have any questions about your rights as a research participant, please call [PHONE].

If you decide to participate, please fill out this survey and return it to the data collector. If you decide you do not want to participate, please return the blank survey to the data collector.

SNACS-II FOOD AND PHYSICAL ACTIVITY EXPERIENCES SURVEY

This survey asks about your participation at this center, the types of activities you do, and your experience with food at home.

DO NOT write your name on this survey. The answers you give will be kept private. No one will know what you write. Answer the questions based on what you really do and experience.

Completing the survey is voluntary. Whether or not you answer the questions will not affect your participation at this center. If you are not comfortable answering a question, just leave it blank.

Make sure to read every question. When you are finished, please return this survey to the data collector.

Please provide only one response per question unless otherwise instructed in the question.

Please answer questions by marking the box next to the option that best matches your answer.

Please answer questions by clearly writing your answer in the spaces provided or by marking the box next to the option that best matches your answer.

Write your answers like this → | 1 | | 1 | : | 3 | | 0 | (AM) / PM

Not like this → | 11 | | : | 30 | | AM / PM

Mark boxes like this → ☒

If you need to change a response, circle the correct item, and put a line through the incorrect item.



SECTION 1

- 1a. In the past week, at what time did you arrive at this center before school each day? At what time did you leave this center to go to school? If you did not go to the center before school on a day, mark the box for "I did not go to the center before school on this day." Please write the times in the table below and circle AM or PM.

Day of the week	I did not go to the center <u>before school</u> on this day.	Time I arrived at the center <u>before school</u> :	Time I left the center to <u>go to school</u> :
Monday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Tuesday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Wednesday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Thursday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Friday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM

- 1b. In the past week, at what time did you arrive at this center after school each day? At what time did you leave this center in the afternoon or evening? If you did not go to the center after school on a day, mark the box for "I did not go to the center after school on this day." Please write the times in the table below and circle AM or PM.

Day of the week	I did not go to the center <u>after school</u> on this day.	Time I arrived at the center <u>after school</u> :	Time I left the center <u>in the afternoon or evening</u> :
Monday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Tuesday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Wednesday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Thursday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM
Friday	☐	_ _ : _ _ AM / PM	_ _ : _ _ AM / PM

- 1c. During the past weekend, at what time did you arrive at this center each day? At what time did you leave this center? Please write the times in the table below and circle AM or PM. If you did not go to the center on Saturday or Sunday, mark the box for "I did not go to the center on this day."

Day of the week	I did not go to the center on this day.	Time I arrived at the center:	Time I left the center:
Saturday	☐	____ : ____ AM / PM	____ : ____ AM / PM
Sunday	☐	____ : ____ AM / PM	____ : ____ AM / PM

SECTION 2

2. During the past 7 days, which kinds of physical activity did you do that increased your heart rate and made you breathe hard some of the time?

MARK ALL THAT APPLY

- ☐ 1 Football, soccer, basketball, baseball, softball, frisbee, or tennis
- ☐ 2 Running, jogging, or brisk walking
- ☐ 3 Hiking, bicycle riding, skateboarding, riding a scooter without a motor, swimming, or kayaking
- ☐ 4 Vigorous dancing, such as ballet, tap, salsa, hip-hop, or Zumba
- ☐ 5 Gymnastics or cheerleading
- ☐ 6 Martial arts, such as karate, taekwondo, or jiu-jitsu
- ☐ 7 House or yard work, such as sweeping or pushing a lawn mower
- ☐ 8 Other (specify) _____

- 3a. **During the past 7 days, on how many days were you physically active for a total of at least 30 minutes per day?** Add up all the time you spent in any kind of physical activity that increased your heart rate and made you breathe hard some of the time.

MARK ONE ONLY

- ☐ 0 days
- ☐ 1 day
- ☐ 2 days
- ☐ 3 days
- ☐ 4 days
- ☐ 5 days
- ☐ 6 days
- ☐ 7 days

- 3b. **During the past 7 days, on how many days were you physically active for a total of at least 60 minutes per day?** Add up all the time you spent in any kind of physical activity that increased your heart rate and made you breathe hard some of the time.

MARK ONE ONLY

- ☐ 0 days
- ☐ 1 day
- ☐ 2 days
- ☐ 3 days
- ☐ 4 days
- ☐ 5 days
- ☐ 6 days
- ☐ 7 days

4. **During the past 7 days, what kinds of exercises did you do to strengthen or tone your muscles?**

MARK ALL THAT APPLY

- ☐ 1 Push-ups, pull-ups, or sit-ups
- ☐ 2 Weight lifting
- ☐ 3 Climbing (on rocks, ropes, trees, or playground equipment)
- ☐ 4 Yoga
- ☐ 5 Other (*specify*) _____

5. **During the past 7 days, on how many days did you do any exercises to strengthen or tone your muscles?**

MARK ONE ONLY

- ☐ 0 days
- ☐ 1 day
- ☐ 2 days
- ☐ 3 days
- ☐ 4 days
- ☐ 5 days
- ☐ 6 days
- ☐ 7 days

6. **In a usual week, on how many days do you go to physical education (PE) classes?**

MARK ONE ONLY

- ☐ 0 days
- ☐ 1 day
- ☐ 2 days
- ☐ 3 days
- ☐ 4 days
- ☐ 5 days
- ☐ 6 days
- ☐ 7 days

7. **During the past 12 months, on how many sports teams did you play?** Count any teams run by your school or community groups.

MARK ONE ONLY

- ☐ 0 teams
- ☐ 1 team
- ☐ 2 teams
- ☐ 3 or more teams

SECTION 3

The following questions are about two different types of activities that use technology. The first activity is watching TV or videos. It includes time spent watching shows, movies, or video clips on a TV, phone, or computer. The second activity is playing video games, browsing the internet, or using social media. Social media includes apps for messaging or sharing photos or videos.

- 8a. On a usual school day, from the time you wake up until you go to bed, about how many hours do you spend watching TV or videos? Do not count time spent doing schoolwork.

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ Less than 1 hour per day
- 2 ☐ 1 hour per day
- 3 ☐ 2 hours per day
- 4 ☐ 3 hours per day
- 5 ☐ 4 hours per day
- 6 ☐ 5 hours or more per day

- 8b. On a usual school day, from the time you wake up until you go to bed, about how many hours do you spend playing video games, accessing the internet, or using social media? Do not count time spent doing schoolwork.

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ Less than 1 hour per day
- 2 ☐ 1 hour per day
- 3 ☐ 2 hours per day
- 4 ☐ 3 hours per day
- 5 ☐ 4 hours per day
- 6 ☐ 5 hours or more per day

- 9a. On a usual day when you don't go to school, from the time you wake up until you go to bed, about how many hours do you spend watching TV or videos? Do not count time spent doing schoolwork.

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ Less than 1 hour per day
- 2 ☐ 1 hour per day
- 3 ☐ 2 hours per day
- 4 ☐ 3 hours per day
- 5 ☐ 4 hours per day
- 6 ☐ 5 hours or more per day

- 9b. On a usual day when you don't go to school, from the time you wake up until you go to bed, about how many hours do you spend playing video games, accessing the internet, or using social media? Do not count time spent doing schoolwork.

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ Less than 1 hour per day
- 2 ☐ 1 hour per day
- 3 ☐ 2 hours per day
- 4 ☐ 3 hours per day
- 5 ☐ 4 hours per day
- 6 ☐ 5 hours or more per day

SECTION 4

The following questions are about the food situation in your home during the last month. Please mark the answer that best describes you.

10. Did you worry that food at home would run out before your family got money to buy more?

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never

11. Did the food that your family bought run out, and you didn't have money to get more?

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never

12. Did your meals only include a few kinds of cheap foods because your family was running out of money to buy food?

MARK ONE ONLY

- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never

13. How often were you not able to eat a balanced meal because your family didn't have enough money?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never
14. Did you have to eat less because your family didn't have enough money to buy food?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never
15. Has the size of your meals been cut because your family didn't have enough money for food?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never
16. Did you have to skip a meal because your family didn't have enough money for food?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never
17. Were you hungry but didn't eat because your family didn't have enough food?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never
18. Did you not eat for a whole day because your family didn't have enough money for food?
- MARK ONE ONLY
- 1 ☐ A lot
- 2 ☐ Sometimes
- 3 ☐ Never

SECTION 5

These last questions are about your background. Your answers will help us describe the characteristics of youth who completed the survey.

19. How old are you?

MARK ONE ONLY

- ¹⁰ ☐ 10 years old
- ¹¹ ☐ 11 years old
- ¹² ☐ 12 years old
- ¹³ ☐ 13 years old
- ¹⁴ ☐ 14 years old
- ¹⁵ ☐ 15 years old
- ¹⁶ ☐ 16 years old
- ¹⁷ ☐ 17 years old
- ¹⁸ ☐ 18 years old

21. In what grade are you?

MARK ONE ONLY

- ⁴ ☐ 4th grade
- ⁵ ☐ 5th grade
- ⁶ ☐ 6th grade
- ⁷ ☐ 7th grade
- ⁸ ☐ 8th grade
- ⁹ ☐ 9th grade
- ¹⁰ ☐ 10th grade
- ¹¹ ☐ 11th grade
- ¹² ☐ 12th grade
- ¹³ ☐ Ungraded or other grade

22. Are you Hispanic, Latino, Latina, or Latinx?

- ¹ ☐ Yes
- ² ☐ No

23. What is your race?

MARK ALL THAT APPLY

- ¹ ☐ American Indian or Alaska Native
- ² ☐ Asian
- ³ ☐ Black or African American
- ⁴ ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander
- ⁵ ☐ White

Thank you very much for your help!
--

J.7. Teen Survey – Spanish



Número de OMB: 0584-0669
Fecha de vencimiento: 10/31/2024

Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II (SNACS-II por sus siglas en inglés)

Encuesta de experiencias de comida y actividad física

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para comprender la calidad nutricional de las comidas y meriendas del CACFP, el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP. Esta es una recolección voluntaria y el FNS usará la información para examinar las operaciones del CACFP. Esta recolección pide información personal identificable bajo la Ley de privacidad de 1974. Las respuestas se mantendrán privadas en la medida prevista por la ley y los reglamentos del FNS. De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de datos es 0584-0669. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 0.167 horas (10 minutos) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314 ATTN: PRA (0584-0669). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II

Formulario de asentimiento

¿Qué es SNACS-II?

Este estudio es para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés). USDA es la parte del gobierno federal que es responsable por las comidas y meriendas en su programa después de la escuela. Parte del estudio examinará las experiencias de jóvenes como usted que asisten a estos programas. Dos compañías llamadas Mathematica y Westat están realizando el estudio.

¿Qué se espera de mí?

El recolector de datos que visita su programa después de la escuela le pedirá que complete esta encuesta en papel. La encuesta tiene preguntas acerca de su participación en su programa después de la escuela, los tipos de actividades que hace y su situación alimentaria en casa. Si devuelve la encuesta completada al recolector de datos, le darán un pequeño regalo por su ayuda con el estudio.

¿Tengo que participar en el estudio?

No. Puede decidir si quiere participar en el estudio o no. Su padre/madre o tutor dio permiso para que usted participe en el estudio, pero usted puede decidir no participar. Su decisión no afectará su participación en este programa de ninguna manera. También puede cambiar de opinión en cualquier momento, y puede elegir saltar preguntas en la encuesta.

¿Sabrá alguien que soy parte del estudio?

No. Su nombre no formará parte del estudio. Sus respuestas se mantendrán privadas. Toda la información recolectada para el estudio es privada bajo la Ley de privacidad en la medida permitida por la ley. El recolector de datos no tiene permitido compartir su información personal con nadie, salvo con otras personas que trabajan en este estudio.

¿Existe algún riesgo o beneficio por participar en el estudio? No se beneficiará directamente por participar en el estudio, pero ayudará al USDA y a programas después de la escuela como este a comprender los jóvenes a quienes atienden. Aunque existe una posibilidad muy pequeña de que alguien pueda ver sus respuestas, el equipo del estudio ha tomado muchas medidas para reducir este riesgo. Por ejemplo, no pusimos su nombre en esta encuesta.

¿Con quién puedo hablar acerca del estudio?

Si usted o su padre/madre o tutor tiene alguna pregunta sobre el estudio, sírvase llamar al equipo de estudio (sin cargo) al [PHONE]. Si usted o su padre/madre o tutor tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en una evaluación, llame al [PHONE].

Si decide participar, sírvase completar esta encuesta y devolverla al recolector de datos. Si decide que no quiere participar, por favor devuelva la encuesta en blanco al recolector de datos.

ENCUESTA DE EXPERIENCIAS DE COMIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA

Esta encuesta es acerca de su participación en este centro, los tipos de actividades que hace y su experiencia con comida en casa.

NO escriba su nombre en esta encuesta. Las respuestas que da se mantendrán privadas. Nadie sabrá lo que escribe. Responda las preguntas basándose en lo que realmente hace y experimenta.

Completar la encuesta es voluntario. Responder o no las preguntas no afectará su participación en este centro. Si le incomoda responder una pregunta, déjela en blanco.

Asegúrese de leer cada pregunta. Cuando termine, sírvase devolver esta encuesta al recolector de datos.

Por favor dé solamente una respuesta por pregunta al menos que se indique de otra manera en la pregunta.

Por favor responda las preguntas marcando la casilla al lado de la opción que mejor refleje su respuesta.

Por favor responda las preguntas escribiendo su respuesta claramente en los espacios proporcionados o marcando la casilla al lado de la opción que mejor refleje su respuesta.

Escriba sus respuestas así → | 1 | 2 | : | 3 | 0 | ☒ AM / PM

No así → | 12 | | : | 30 | | ☐ AM / ☐ PM

Marque las casillas así → ☐

Si necesita cambiar una respuesta, marque el ítem correcto con un círculo, y dibuje una línea a través del ítem incorrecto.



SECCIÓN 1

- 1a. Durante la última semana, ¿a qué hora llegó a este centro antes de la escuela cada día? ¿A qué hora salió de este centro para ir a la escuela? Si no fue al centro antes de la escuela algún día, marque la casilla “No fui al centro antes de la escuela este día”. Por favor escriba las horas en el cuadro a continuación y marque AM o PM con un círculo.

Día de la semana	No fui al centro <u>antes de la escuela</u> este día.	Hora que llegué al centro <u>antes de la escuela</u> :	Hora que salí del centro para <u>ir a la escuela</u> :
Lunes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Martes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Miércoles	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Jueves	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Viernes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM

- 1b. Durante la última semana, ¿a qué hora llegó a este centro después de la escuela cada día? ¿A qué hora salió de este centro por la tarde o noche? Si no fue al centro después de la escuela algún día, marque la casilla “No fui al centro después de la escuela este día”. Por favor escriba las horas en el cuadro a continuación y marque AM o PM con un círculo.

Día de la semana	No fui al centro <u>después de la escuela</u> este día.	Hora que llegué al centro <u>después de la escuela</u> :	Hora que salí del centro <u>por la tarde o noche</u> :
Lunes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Martes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Miércoles	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Jueves	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM
Viernes	☐	__:__:__ AM/PM	__:__:__ AM/PM

- 1c. Durante el último fin de semana, ¿a qué hora llegó a este centro cada día? ¿A qué hora salió de este centro? Por favor escriba las horas en el cuadro a continuación y marque AM o PM con un círculo. Si no fue al centro el sábado o domingo, marque la casilla “No fui al centro este día”.

Día de la semana	No fui al centro este día.	Hora que llegué al centro:	Hora que salí del centro:
Sábado	₁ ☐	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM
Domingo	₁ ☐	_ _ : _ _ AM/PM	_ _ : _ _ AM/PM

SECCIÓN 2

2. Durante los últimos 7 días, ¿qué tipos de actividad física hizo que aumentó su ritmo cardíaco y le hizo respirar fuerte por parte del tiempo?

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

- ₁ ☐ Fútbol americano, fútbol, baloncesto, béisbol, softball, frisbee o tenis
- ₂ ☐ Correr, hacer jogging, o caminar rápido
- ₃ ☐ Senderismo, andar en Bicicleta, patineta, monopatín sin motor, nadar, o ir en kayak
- ₄ ☐ Baile vigoroso, como ballet, salsa, hip-hop o Zumba
- ₅ ☐ Gimnasia o equipo de porristas
- ₆ ☐ Artes marciales, como karate, taekwondo o jiu-jitsu
- ₇ ☐ Tarea domésticas o de jardinería, como barrer o empujar un cortacésped
- ₈ ☐ Otro (*especifique*) _____

- 3a. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo físicamente activo(a) por un total de por lo menos 30 minutos por día?** Sume todo el tiempo que pasó en cualquier tipo de actividad física que aumentó su ritmo cardíaco y le hizo respirar fuerte por parte del tiempo.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 0 DÍAS
- ☐ 1 DÍA
- ☐ 2 DÍAS
- ☐ 3 DÍAS
- ☐ 4 DÍAS
- ☐ 5 DÍAS
- ☐ 6 DÍAS
- ☐ 7 DÍAS

- 3b. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo físicamente activo(a) por un total de por lo menos 60 minutos por día?** Sume todo el tiempo que pasó en cualquier tipo de actividad física que aumentó su ritmo cardíaco y le hizo respirar fuerte por parte del tiempo.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 0 DÍAS
- ☐ 1 DÍA
- ☐ 2 DÍAS
- ☐ 3 DÍAS
- ☐ 4 DÍAS
- ☐ 5 DÍAS
- ☐ 6 DÍAS
- ☐ 7 DÍAS

4. Durante los últimos 7 días, ¿qué tipos de ejercicio hizo para fortalecer o tonificar sus músculos?

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

- ☐ 1 Lagartijas, flexiones, o abdominales
- ☐ 2 Levantamiento de pesas
- ☐ 3 Tregar (piedras, cuerdas, árboles, o equipo en el área de juegos)
- ☐ 4 Yoga
- ☐ 5 Otro (*especifique*) _____

5. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo algún ejercicio para fortalecer o tonificar sus músculos?

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 0 0 DÍAS
- ☐ 1 1 DÍA
- ☐ 2 2 DÍAS
- ☐ 3 3 DÍAS
- ☐ 4 4 DÍAS
- ☐ 5 5 DÍAS
- ☐ 6 6 DÍAS
- ☐ 7 7 DÍAS

6. En una semana promedio, ¿cuántos días va a clases de educación física (PE por sus siglas en inglés)?

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 0 0 DÍAS
- ☐ 1 1 DÍA
- ☐ 2 2 DÍAS
- ☐ 3 3 DÍAS
- ☐ 4 4 DÍAS
- ☐ 5 5 DÍAS

7. Durante el último año, ¿en cuántos equipos deportivos jugó? Cuente cualquier equipo dirigido por su escuela o grupos comunitarios.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 0 EQUIPOS
- ☐ 1 EQUIPO
- ☐ 2 EQUIPOS
- ☐ 3 O MÁS EQUIPOS

SECCIÓN 3

Las siguientes preguntas son acerca de dos tipos diferentes de actividades que utilizan tecnología. La primera actividad es ver televisión o videos. Incluye el tiempo viendo programas, películas o videoclips en una televisión, teléfono o computadora. La segunda actividad es jugar videojuegos, conectar al Internet o usar redes sociales. Las redes sociales incluyen aplicaciones para enviar mensajes o compartir fotos o videos.

- 8a. En un día escolar promedio, desde la hora en que se despierta hasta la hora en que se acuesta, ¿más o menos cuántas horas pasa viendo televisión o videos? No cuente el tiempo haciendo trabajo escolar.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ Menos de 1 hora por día
- ☐ 1 hora por día
- ☐ 2 horas por día
- ☐ 3 horas por día
- ☐ 4 horas por día
- ☐ 5 o más horas por día

- 8b. En un día escolar promedio, desde la hora en que se despierta hasta la hora en que se acuesta, ¿más o menos cuántas horas pasa jugando videojuegos, conectándose al Internet o usando redes sociales? No cuente el tiempo haciendo trabajo escolar.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 1 Menos de 1 hora por día
- ☐ 2 1 hora por día
- ☐ 3 2 horas por día
- ☐ 4 3 horas por día
- ☐ 5 4 horas por día
- ☐ 6 5 o más horas por día

- 9a. En un día escolar promedio cuando no va a la escuela, desde la hora en que se despierta hasta la hora en que se acuesta, ¿más o menos cuántas horas pasa viendo televisión o videos? No cuente el tiempo haciendo trabajo escolar.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 1 Menos de 1 hora por día
- ☐ 2 1 hora por día
- ☐ 3 2 horas por día
- ☐ 4 3 horas por día
- ☐ 5 4 horas por día
- ☐ 6 5 o más horas por día

- 9b. En un día escolar promedio cuando no va a la escuela, desde la hora en que se despierta hasta la hora en que se acuesta, ¿más o menos cuántas horas pasa jugando videojuegos, conectándose al Internet o usando redes sociales? No cuente el tiempo haciendo trabajo escolar.

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 1 Menos de 1 hora por día
- ☐ 2 1 hora por día
- ☐ 3 2 horas por día
- ☐ 4 3 horas por día
- ☐ 5 4 horas por día
- ☐ 6 5 o más horas por día

SECCIÓN 4

Las siguientes preguntas son acerca de la situación alimentaria en su casa durante el último mes. Por favor marque la respuesta que mejor le describe.

- 10. ¿Se preocupó que la comida en casa se acabaría antes de que su familia tuviera dinero para comprar más?**

MARQUE SOLO UNA

- 1** ☐ Muchas veces
- 2** ☐ A veces
- 3** ☐ Nunca

- 11. ¿Se acabó la comida que su familia compró, y no había dinero para comprar más?**

MARQUE SOLO UNA

- 1** ☐ Muchas veces
- 2** ☐ A veces
- 3** ☐ Nunca

- 12. ¿Incluían sus comidas solamente algunos tipos de comidas baratas porque a su familia se le acababa dinero para comprar comida?**

MARQUE SOLO UNA

- 1** ☐ Muchas veces
- 2** ☐ A veces
- 3** ☐ Nunca

- 13. ¿Con qué frecuencia no pudo comer una comida balanceada porque su familia no tenía suficiente dinero?**

MARQUE SOLO UNA

- 1** ☐ Muchas veces
- 2** ☐ A veces
- 3** ☐ Nunca

14. ¿Tenía que comer menos porque su familia no tenía suficiente dinero para comprar comida?

MARQUE SOLO UNA

- 1 ☐ Muchas veces
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Nunca

15. ¿Se ha reducido el tamaño de sus comidas porque su familia no tenía suficiente dinero para comida?

MARQUE SOLO UNA

- 1 ☐ Muchas veces
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Nunca

16. ¿Tuvo que saltarse una comida porque su familia no tenía suficiente dinero para comida?

MARQUE SOLO UNA

- 1 ☐ Muchas veces
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Nunca

17. ¿Tuvo hambre pero no comió porque su familia no tenía suficiente comida?

MARQUE SOLO UNA

- 1 ☐ Muchas veces
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Nunca

18. ¿No comió durante un día entero porque su familia no tenía suficiente dinero para comida?

MARQUE SOLO UNA

- 1 ☐ Muchas veces
- 2 ☐ A veces
- 3 ☐ Nunca

SECCIÓN 5

Estas últimas preguntas son acerca de sus antecedentes. Sus respuestas nos ayudarán a describir las características de los jóvenes que completaron la encuesta.

19. ¿Cuántos años tiene?

MARQUE SOLO UNA

¹⁰ ☐ 10 años

¹¹ ☐ 11 años

¹² ☐ 12 años

¹³ ☐ 13 años

¹⁴ ☐ 14 años

¹⁵ ☐ 15 años

¹⁶ ☐ 16 años

¹⁷ ☐ 17 años

¹⁸ ☐ 18 años

21. ¿En qué grado está?

MARQUE SOLO UNA

- ☐ 4 4° grado
- ☐ 5 5° grado
- ☐ 6 6° grado
- ☐ 7 7° grado
- ☐ 8 8° grado
- ☐ 9 9° grado
- ☐ 10 10° grado
- ☐ 11 11° grado
- ☐ 12 12° grado
- ☐ 13 Sin grado u otro grado

22. ¿Es usted hispano(a), latino(a) o latinx?

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

23. ¿Cuál es su raza?

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

- ☐ 1 Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- ☐ 2 Asiática
- ☐ 3 Negra o afroamericana
- ☐ 4 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- ☐ 5 Blanca

¡Muchas gracias por su ayuda!

J.8. Parent Interview for Teen Sample - English



OMB Number: 0584-0669
Expiration Date: 10/31/2024

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

Parent Interview for Teen Sample

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.167 hours (10 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Hello, this message is for [CONSENTED PARENT NAME]. This is [INTERVIEWER NAME] from the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings, or SNACS-II.

IF INTERVIEW NOT STARTED: We were calling to complete the interview about your household. Please call our toll-free number, [insert #], to schedule an appointment. After you complete the interview, we will send you a \$10 gift card. We look forward to speaking with you.

IF INTERVIEW SCHEDULED, BREAKOFF, OR DATA RETRIEVAL: We missed you for your interview appointment. Please call our toll-free number, [insert #], to reschedule your appointment. After you complete the interview, we will send you a \$10 gift card. We look forward to speaking with you.

INTRO: Hello, my name is [INTERVIEWER NAME] from Mathematica. I am calling about the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings. May I please speak to [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE - CONTINUE [GO TO Consent]
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE → I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? → GO TO REFUSAL CONVERSION¹

CONSENT: **IF INTERVIEW NOT PREVIOUSLY STARTED:** Thank you for agreeing to take part in the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings, or SNACS-II. The U.S. Department of Agriculture is interested in learning about nutrition and activity habits of children and youth. I would like to ask you some questions about your household. Your child, [CHILDNAME], recently completed a survey at their child care provider, [Center/Provider/Afterschool Program]. Your answers will help to provide more context to your child's experiences, which will help better meet the needs of parents who send their children and youth to child care programs.

¹ These are programming notes. On screen this will take the interviewer to the correct screen.

The interview will take no more than 10 minutes and you will receive a \$10 gift card to thank you for your participation.

This interview is voluntary. That means you can skip any question and you can stop at any time. Taking part in this study will not affect your benefits in any way – either now or in the future. Your information will be kept private and used only for research purposes. We will not include information that identify you or your family members in any report. The responses of all parents taking part in the study will be combined for reporting purposes. → GO TO Q1

IF INTERVIEW PREVIOUSLY STARTED: Thank you for continuing your participation in the second Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings, or SNACS-II. I would like to complete the interview question about your household; this interview will take no more than 10 minutes and you will receive a \$10 gift card to thank you for your participation.
→ GO TO Q1

Q1. Do you agree to participate?

- ☐ Yes
- ☐ No → I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION

Q2. Do you have any questions about the interview before I begin?

- ☐ Yes → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No

IF INTERVIEW PREVIOUSLY STARTED, RESUME INTERVIEW AT BREAKOFF POINT

SECTION A: HOUSEHOLD MEMBERS

Q3. Including yourself and [CHILDNAME], how many people live in your household? Don't forget to include non-relatives who live here and, of course, babies, small children, and foster children. Also include persons who usually live here but are temporarily away for reasons such as: vacation, traveling for work, or in the hospital. Do not include children living away at school.

Number of people [RANGE 2-20]: _____

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q4. Of the number of people in your household, how many are children currently 5 to 18 years of age?

of children aged 5 to 18: _____

Q5. Of the number of people in your household, how many are children currently less than 5 years old?

NUMBER OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD: _____

DISPLAY Q6 IF (1) THE SUM OF Q4 + Q5 >1 OR (2) THE SUM OF Q4 + Q5 = 1 AND AGE OF [CHILDNAME] IS MISSING.

Q6. What is the age of the [IF Q4 + Q5 >1: oldest] child in your household? |_|_| YEARS

SECTION B: FOOD SECURITY

These next questions are about the food eaten in your household in the last month and whether you were able to afford the food you need.

THROUGHOUT THIS SECTION, ENTER APPROPRIATE FILLS DEPENDING ON NUMBER OF ADULTS AND NUMBER OF CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.

Q7. Which of these statements best describes the food eaten in your household in the last month: — enough of the kinds of food [I/we] want to eat; —enough, but not always the kinds of food [I/we] want; —sometimes not enough to eat; or, —often not enough to eat?

- ☐ Enough of the kinds of food we want to eat
- ☐ Enough but not always the kinds of food we want
- ☐ Sometimes not enough to eat
- ☐ Often not enough to eat
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Now I'm going to read you several statements that people have made about their food situation. For these statements, please tell me whether the statement was often true, sometimes true, or never true for [you/your household] in the last month.

Q8. The first statement is "[I/We] worried whether [my/our] food would run out before [I/we] got money to buy more." Was that often true, sometimes true, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q9. "The food that [I/we] bought just didn't last, and [I/we] didn't have money to get more." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q10. "[I/we] couldn't afford to eat balanced meals." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE" TO ONE OR MORE OF Q8-Q10 OR, RESPONSE "SOMETIMES..." OR "OFTEN..." TO QUESTION Q7, CONTINUE TO Q11; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q16.

Q11. In the last month, did [you/you or other adults in your household] ever cut the size of your meals or skip meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q11.1
- ☐ No → GO TO Q12
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q12
- ☐ REFUSED → GO TO Q12

Q11.1. [IF YES ABOVE, ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

|_|_| Days

- ☐ DON'T KNOW

Q12. In the last month, did you ever eat less than you felt you should because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q13. In the last month, were you ever hungry but didn't eat because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q14. In the last month, did you lose weight because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q11-Q14, THEN CONTINUE TO Q15; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q16.

Q15. In the last month, did [you/you or other adults in your household] ever not eat for a whole day because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q15.1
- ☐ No → GO TO INTRODUCTION TO Q16
- ☐ DON'T KNOW → GO TO INTRODUCTION TO Q16
- ☐ REFUSED → GO TO INTRODUCTION TO Q16

Q15.1. [IF YES ABOVE, ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

|_|_| Days

- ☐ DON'T KNOW

Now I'm going to read you several statements that people have made about the food situation of their children. For these statements, please tell me whether the statement was often true, sometimes true, or never true in the last month for [your child/children living in the household who are under 18 years old].

Q16. “[I/we] relied on only a few kinds of low-cost food to feed [my/our] child/the children] because [I was/we were] running out of money to buy food.” Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q17. "[I/We] couldn't feed [my/our] child/the children] a balanced meal, because [I/we] couldn't afford that." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q18. "[My/Our child was/The children were] not eating enough because [I/we] just couldn't afford enough food." Was that often, sometimes, or never true for [you/your household] in the last month?

- ☐ Often true
- ☐ Sometimes true
- ☐ Never true
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE (I.E., "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE") TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q16-Q18, THEN CONTINUE TO Q19; OTHERWISE GO TO SECTION C.

Q19. In the last month, did you ever cut the size of [your child's/any of the children's] meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q20. In the last month, did [CHILD'S NAME/any of the children] ever skip meals because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes → GO TO Q20.1
- ☐ No → GO TO Q21
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q21
- ☐ REFUSED → GO TO Q21

Q20.1. [IF YES ABOVE ASK] In the last 30 days, how many days did this happen?

|_|_| Days

- ☐ DON'T KNOW

Q21. In the last month, [was your child/were the children] ever hungry but you just couldn't afford more food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q22. In the last month, did [your child/any of the children] ever not eat for a whole day because there wasn't enough money for food?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

SECTION C: CHILD DEMOGRAPHICS & HOUSEHOLD PROGRAM PARTICIPATION
--

The final set of questions are about you and your household.

I'm going to read the names of some programs that provide food or meals to individuals or households.

Q23. Please tell me if you or anyone in your household has received benefits from these programs in the last 30 days.

- ☐ SNAP [OR INSERT STATE SNAP PROGRAM NAME],² also known as food stamps
- ☐ WIC program, or the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children
- ☐ [For households receiving WIC] [IF WIC=1: DISPLAY] Infant formula from WIC
- ☐ Free meals at school
- ☐ [IF 'Free meals at school'=1: SKIP: DISPLAY] Reduced-price meals at school
- ☐ Food pantries, food banks, local soup kitchens or emergency kitchens
- ☐ [IF PROGRAM IS ON AN INDIAN RESERVATION OR CHILD CARE SITE IS IN OKLAHOMA: DISPLAY] Food Distribution Program on Indian Reservations, also called FDPIR
- ☐ None of the above
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q24. Does anyone in your household participate in Medicaid?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

² We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q25. Does anyone in the household receive income from the [INSERT STATE TANF NAME]? [IF NECESSARY: Temporary Assistance for Needy Families, or TANF, is a program that provides cash assistance and supportive services to assist families with children under age 18.]

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q26. Is any child in the household currently covered by the [INSERT STATE CHIP NAME] or the Children's Health Insurance Program?³ [IF NECESSARY: Children's Health Insurance Program is free or low-cost health coverage for eligible children and other family members.]

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q27. We would like your best estimate of your total annual household income before taxes in the year 2022. Please include all forms of income, including wages, salaries, interest, dividends, and other forms of income such as Social Security, SSI, or TANF for all household members.

INTERVIEWER: IF NON-SPECIFIC AMOUNT GIVEN, PROBE FOR SPECIFIC AMOUNT. AFTER PROBING, IF NON SPECIFIC AMOUNT STILL GIVEN, MARK 'NON-SPECIFIC AMOUNT.'

\$ |__|__|__| , |__|__|__| RECORD AMOUNT → ~~GO~~ TO CONCLUSION

(0 – 999,999)

- ☐ NON-SPECIFIC AMOUNT → GO TO Q28
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q28
- ☐ REFUSED → GO TO Q28

Q28. Is your total household income less than or more than \$50,000?

- ☐ Less than \$50,000 → GO TO Q29
- ☐ More than \$50,000 → GO TO Q30
- ☐ DON'T KNOW → GO TO CONCLUSION
- ☐ REFUSED → GO TO CONCLUSION

³ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q29. Now I am going to read you some income categories. Please tell me when I read the range that best represents your household's income.

- ☐ LESS THAN \$5,000
- ☐ \$5,000 TO LESS THAN \$10,000
- ☐ \$10,000 TO LESS THAN \$15,000
- ☐ \$15,000 TO LESS THAN \$20,000
- ☐ \$20,000 TO LESS THAN \$25,000
- ☐ \$25,000 TO LESS THAN \$30,000
- ☐ \$30,000 TO LESS THAN \$40,000
- ☐ \$40,000 TO LESS THAN \$50,000
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

AFTER Q29, GO TO CONCLUSION.

Q30. Now I am going to read you some income categories. Please tell me when I read the range that best represents your household's income.

- ☐ \$50,000 TO LESS THAN \$60,000
- ☐ \$60,000 TO LESS THAN \$70,000
- ☐ \$70,000 TO LESS THAN \$80,000
- ☐ \$80,000 TO LESS THAN \$90,000
- ☐ \$90,000 TO LESS THAN \$100,000
- ☐ \$100,000 OR MORE
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

CONCLUSION

Thank you very much for your participation in this interview. As a thank you, we will mail you a \$10 gift card. I'd like to confirm your mailing address before you go.

Can you please verify your name?

PROBE: Can you spell that for me please?

FIRST NAME

LAST NAME

I'd also like to confirm your mailing address.

ADDRESS: What is your current address?

PROBE: Is there an apartment number?

PROBE: This is where we will mail your gift card.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

REFUSAL CONVERSION

I'm sorry to hear that you do not wish to participate. The information you would have provided is very valuable to improving the program. Can you tell me the reason for choosing not to participate?

IF: I don't do surveys/ don't want my child to participate in a study.

ANSWER: I understand, but this study will help the U.S. Department of Agriculture understand the food and activities provided in child care settings. The results will help to improve the program.

IF: I don't know if you are who you say you are.

ANSWER: I can give you our 800 number to call and confirm the authenticity of the study.

IF: I don't know how the results will be used.

ANSWER: The U.S. Department of Agriculture needs to periodically assess programs funded by the government. This study will help them understand the food and activities provided in child care settings, and this information may help to improve child care programs.

IF: I don't want the government to know about me/my child.

ANSWER: Researchers and program staff must follow all federal and state laws to protect your privacy. Study reports will combine your answers with those from others to summarize what we found. We will never report names or addresses. This way, no one can identify you, your child, or your child care provider.

IF: It's a bad time.

ANSWER: We can schedule a callback for a time that would be good for you.

Date _____ Time _____

IF STILL HESITANT: [SAMPLED SITE NAME] is one of about 1,300 child care providers across the country that are helping USDA understand the food and activities provided in child care settings. We want to be sure that the study includes people like yourself, to ensure that the study findings are fair and accurate. We really want to include your household in the study. If now is a bad time, we can schedule the interview during the day or in the evening, any time that is better for you.

IF RESPONDENT AGREES TO PARTICIPATE, RESUME INTERVIEW.

IF STILL REFUSES, THANK AND COMPLETE.

Authority: This information is being collected under the authority of the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010 (P. L. 111-296), Section 305.

Purpose: The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to evaluate the nutritional quality of Child and Adult Care Food Program (CACFP) meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants.

Routine Use: The records in this system may be disclosed to private firms that have contracted with FNS to collect, aggregate, analyze, or otherwise refine records for the purpose of research and reporting to Congress and appropriate oversight agencies, and/or departmental and FNS officials.

Disclosure: Disclosing the information is voluntary, and there are no consequences to you as an individual participant in the CACFP for not providing the information.

The System of Records Notice for this information collection is USDA/FNS-8, FNS Studies and Reports, which can be located at <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.9. Parent Interview for Teen Sample - Spanish



Número de OMB: 0584-0669
Fecha de vencimiento: 10/31/2024

**Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II
(SNACS-II por sus siglas en inglés)**

**Entrevista con los padres de jóvenes
(Parent Interview for Teen Sample)**

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para comprender la calidad nutricional de las comidas y meriendas del CACFP, el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP. Esta es una recolección voluntaria y el FNS usará la información para examinar las operaciones del CACFP. Esta recolección pide información personal identificable bajo la Ley de privacidad de 1974. Las respuestas se mantendrán privadas en la medida prevista por la ley y los reglamentos del FNS. De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de datos es 0584-0669. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 0.167 horas (10 minutos) por respuesta, incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314 ATTN: PRA (0584-0669). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

INTRODUCTION

VOICEMAIL SCRIPT: Buenos días/Buenas tardes, este mensaje es para [CONSENTED PARENT NAME]. Mi nombre es [INTERVIEWER NAME]. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II.

IF INTERVIEW NOT STARTED: Le llamábamos para completar la entrevista sobre su hogar. Por favor llame a nuestro número gratuito, [insert #], para programar la cita para la entrevista. Después de que usted complete la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$10. Tendremos mucho gusto en hablar con usted.

IF INTERVIEW SCHEDULED, BREAKOFF, OR DATA RETRIEVAL: No pudimos comunicarnos con usted para su entrevista. Por favor llame a nuestro número gratuito, [insert #], para programar nuevamente su entrevista. Después de que complete la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$10. Tendremos mucho gusto en hablar con usted.

INTRO: Buenos días/Buenas tardes, mi nombre es [INTERVIEWER NAME] y represento a Mathematica. Llamo en relación al segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil. Por favor, ¿podría hablar con [CONSENTED PARENT NAME]?

- ☐ RESPONDENT ON PHONE - CONTINUE [GO TO CONSENT]
- ☐ NEW RESPONDENT COMES TO PHONE [REPEAT INTRO]
- ☐ RESPONDENT NOT AVAILABLE [SCHEDULE CALLBACK]
- ☐ WRONG NUMBER [DISPO AS WRONG NUMBER – PERSON]
- ☐ GATEKEEPER REFUSAL [SOFT REFUSAL]
- ☐ DO NOT WISH TO PARTICIPATE → Lamento que ya no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION] ¹

CONSENT: IF INTERVIEW NOT PREVIOUSLY STARTED: Gracias por aceptar tomar parte en el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos está interesado en informarse sobre los hábitos de nutrición y actividad de los niños y de los jóvenes. Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su hogar. Su hijo(a), [CHILDNAME], completó recientemente una encuesta que se le hizo en el lugar donde recibe cuidado infantil, [Center/Provider/Afterschool Program]. Sus respuestas darán más contexto a las experiencias de su hijo(a), lo que ayudará a que las necesidades que tienen los padres de familia que mandan a sus niños y jóvenes a programas de cuidado infantil sean atendidas mejor.

La entrevista tomará no más de 10 minutos y usted recibirá una tarjeta de regalo de \$10 como agradecimiento por su participación.

Esta entrevista es voluntaria. Eso significa que usted se puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar y puede dar por terminada la entrevista en cualquier momento. El participar en esta entrevista no afectará de ninguna manera sus beneficios— ya sea ahora o en el futuro. Su información se mantendrá privada y se utilizará solo con fines de evaluación. No incluiremos información que le identifique a usted o a miembros de su familia en ninguno de nuestros informes. En los informes se combinarán las respuestas de todos los padres de familia que participan en el estudio. → GO TO Q1

¹ These are programming notes. On screen, this will take the interviewer to the correct screen.

IF INTERVIEW PREVIOUSLY STARTED: Gracias por continuar participando en el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil o SNACS-II. Me gustaría completar las preguntas sobre su hogar. Esta entrevista tomará no más de 10 minutos y usted recibirá una tarjeta de regalo de \$10 como agradecimiento por su participación. → GO TO Q1

Q1. ¿Está de acuerdo en participar?

- ☐ Sí
- ☐ No → Lamento que no desee participar. La información que usted hubiera dado es de mucho valor para mejorar el programa. ¿Puede decirme la razón por la que decidió no participar? ADDRESS ISSUES/CONCERNS → GO TO REFUSAL CONVERSION

Q2. ¿Tiene alguna pregunta sobre la entrevista antes de comenzar?

- ☐ Sí → ADDRESS QUESTIONS/CONCERNS ABOUT STUDY, THEN PROCEED.
- ☐ No.

IF INTERVIEW PREVIOUSLY STARTED, RESUME INTERVIEW AT BREAKOFF POINT

SECTION A: HOUSEHOLD MEMBERS

Q3. Incluidos usted y [CHILDNAME], ¿cuántas personas viven en su hogar? No olvide incluir a personas que no son parientes que viven aquí y, por supuesto, a bebés, niños pequeños y niños en custodia temporal. También incluya a personas que normalmente viven aquí, pero están fuera por un tiempo por razones como: vacaciones, viajes de trabajo o están hospitalizadas. No incluya a niños que vivan en la escuela.

Número de personas [RANGE 2 - 20]: _____

- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q4. Del número de personas que viven en su hogar, ¿cuántas son niños que actualmente tienen entre 5 y 18 años?

NUMBER OF CHILDREN AGED 5 to 18: _____

Q5. Del número de personas que viven en su hogar, ¿cuántas son niños que actualmente tienen menos de 5 años?

NUMBER OF CHILDREN LESS THAN 5 YEARS OLD: _____

DISPLAY Q6 IF (1) THE SUM OF Q4 + Q5 > 1 OR (2) THE SUM OF Q4 + Q5 = 1 AND AGE OF [CHILDNAME] IS MISSING.

Q6. ¿Qué edad tiene el niño [IF Q4 + Q5 > 1: mayor] en su hogar? |__|__| YEARS

SECTION B: FOOD SECURITY

Las preguntas a continuación son sobre los alimentos consumidos en su hogar en el último mes y si pudo comprar los alimentos que necesita.

THROUGHOUT THIS SECTION, ENTER APPROPRIATE FILLS DEPENDING ON NUMBER OF ADULTS AND NUMBER OF CHILDREN IN THE HOUSEHOLD.

Q7. ¿Cuál de estas frases describe mejor los alimentos consumidos en su hogar durante el último mes: —suficiente de los tipos de alimentos que [yo quiero/nosotros queremos] comer; —suficiente, pero no siempre el tipo de alimentos que [yo quiero/nosotros queremos]; —a veces no hay suficiente para comer; o —a menudo no hay suficiente para comer?

- ☐ Suficiente de los tipos de alimentos que queremos comer
- ☐ Suficiente, pero no siempre el tipo de alimentos que queremos
- ☐ A veces no hay suficiente para comer
- ☐ A menudo no hay suficiente para comer
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Ahora le voy a leer varias frases que las personas han usado para describir su situación alimentaria. Para estas frases, por favor dígame si la frase fue cierta a menudo, fue cierta a veces, o nunca fue cierta para [usted/su hogar] en el último mes.

Q8. La primera frase es “[Me/Nos] preocupó que se acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más”. ¿Esto fue cierto a menudo, fue cierto a veces, o nunca fue cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q9. “Los alimentos que [compré/compramos] simplemente no duraron y no [tenía/teníamos] dinero para comprar más”. ¿Esto fue a menudo, a veces o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q10. “A [mí no me/nosotros no nos] alcanzó para comer comidas balanceadas”. ¿Esto fue a menudo, a veces o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE" TO ONE OR MORE OF Q8-Q10 OR, RESPONSE "SOMETIMES..." OR "OFTEN..." TO QUESTION Q7, CONTINUE TO Q11; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q16.

Q11. En el último mes, ¿redujo [usted/usted u otro adulto en su hogar] alguna vez el tamaño de las comidas o dejó de comer alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí → GO TO Q11.1
- ☐ No → GO TO Q12
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q12
- ☐ REFUSED → GO TO Q12

Q11.1. [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

|_|_| Días

- ☐ DON'T KNOW

Q12. En el último mes, ¿alguna vez comió usted menos de lo que pensaba que debería comer porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q13. En el último mes, ¿alguna vez tuvo usted hambre, pero no comió porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q14. En el último mes, ¿bajó de peso porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q11-Q14, THEN CONTINUE TO Q15; OTHERWISE, GO TO INTRODUCTION TO Q16.

Q15. En el último mes, ¿alguna vez [usted /usted u otro adulto en su hogar] no comió en todo el día porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí → GO TO Q15.1
- ☐ No → GO TO INTRODUCTION TO Q16
- ☐ DON'T KNOW → GO TO INTRODUCTION TO Q16
- ☐ REFUSED → GO TO INTRODUCTION TO Q16

Q15.1. [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

___ Días

- ☐ DON'T KNOW

INTRODUCTION TO Q16. Ahora le voy a leer varias frases que las personas han usado para describir la situación alimentaria de sus niños. Para estas frases, por favor dígame si la frase fue a menudo cierta, a veces cierta, o nunca fue cierta en el último mes para [su niño/los niños menores de 18 años que viven en su hogar].

Q16. “[Yo dependí/Nosotros dependimos] solo de unos pocos tipos de alimentos de bajo costo para alimentar a [[mi/nuestro] niño/los niños] porque se [me/nos] estaba acabando el dinero para comprar alimentos”. ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q17. “[Yo no pude/Nosotros no pudimos] dar de comer a [[mi/nuestro] niño/los niños] comidas balanceadas porque no había suficiente dinero para eso”. ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q18. “[Mi/Nuestro] niño no estaba/los niños no estaban] comiendo lo suficiente porque [a mí simplemente no me/a nosotros simplemente no nos] alcanzaba para comprar suficientes alimentos”. ¿Fue eso a menudo, a veces, o nunca cierto para [usted/su hogar] en el último mes?

- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ Nunca
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

IF AFFIRMATIVE RESPONSE (I.E., "OFTEN TRUE" OR "SOMETIMES TRUE") TO ONE OR MORE OF QUESTIONS Q16-Q18, THEN CONTINUE TO Q19; OTHERWISE GO TO SECTION C.

Q19. En el último mes, ¿redujo alguna vez el tamaño de las comidas de [su niño/alguno de los niños] porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q20. En el último mes, ¿dejó alguna vez [CHILD'S NAME/alguno de los niños] de comer alguna comida porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí → GO TO Q20.1
- ☐ No → GO TO Q21
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q21
- ☐ REFUSED → GO TO Q21

Q20.1. [IF YES ABOVE, ASK] En los últimos 30 días, ¿en cuántos días sucedió esto?

|_|_| Días

- ☐ DON'T KNOW

Q21. En el último mes, ¿alguna vez [su niño tuvo/los niños tuvieron] hambre, pero usted simplemente no tenía suficiente dinero para comprar más alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q22. En el último mes, ¿alguna vez [su niño no comió/los niños no comieron] en todo el día porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

SECTION C: CHILD DEMOGRAPHICS & HOUSEHOLD PROGRAM PARTICIPATION

Las últimas preguntas son sobre usted y su hogar.

Voy a leer los nombres de algunos programas que ofrecen alimento o comidas a individuos o a hogares.

Q23. Por favor dígame si usted o alguien en su hogar ha recibido beneficios de estos programas en los últimos 30 días.

- ☐ SNAP [OR INSERT STATE SNAP PROGRAM NAME], ² también conocido como cupones o estampillas para alimentos
- ☐ WIC - Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños
- ☐ [For households receiving WIC] [IF WIC=1: DISPLAY] Fórmula para bebés del WIC
- ☐ Comidas gratuitas en la escuela
- ☐ [IF 'Free meals at school'=1: SKIP: DISPLAY] Comidas a precio reducido en la escuela
- ☐ Distribuidores de alimentos gratuitos, bancos de alimentos, comedores comunitarios locales, o comedores de emergencia
- ☐ [IF PROGRAM IS ON AN INDIAN RESERVATION OR CHILD CARE SITE IS IN OKLAHOMA: DISPLAY] Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas, también llamado FDPIR, por sus siglas en inglés.
- ☐ Ninguno de los anteriores
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q24. ¿Hay alguien en su hogar que participe en Medicaid?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q25. ¿Hay alguien en su hogar que reciba ingresos de [INSERT STATE TANF NAME]? [IF NECESSARY: El Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas o TANF por sus siglas en inglés, ofrece asistencia en forma de dinero en efectivo y servicios de apoyo para asistir a familias con niños menores de 18 años.]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

² We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q26. ¿Está algún niño en el hogar cubierto actualmente por [INSERT STATE CHIP NAME] o el Programa de Seguro Médico para Niños? ³[IF NECESSARY: El Programa de Seguro Médico para Niños es cobertura de salud gratuita o de bajo costo para niños y otros miembros de la familia que cumplen con los requisitos.]

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

Q27. Nos gustaría que nos diera su mejor cálculo de cuánto fueron en total los ingresos anuales de su hogar antes de impuestos en el año 2022. Por favor incluya todas las formas de ingresos, incluidos sueldos, salarios, intereses, dividendos y otras formas de ingreso como Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas in inglés) o TANF para todos los miembros del hogar.

INTERVIEWER: IF NON-SPECIFIC AMOUNT GIVEN, PROBE FOR SPECIFIC AMOUNT.
AFTER PROBING, IF NON SPECIFIC AMOUNT STILL GIVEN, MARK 'NON-SPECIFIC AMOUNT'

\$ | | | | , | | | | RECORD AMOUNT → GO TO CONCLUSION
(0 – 999,999)

- ☐ NON-SPECIFIC AMOUNT → GO TO Q28
- ☐ DON'T KNOW → GO TO Q28

Q28. ¿Es el ingreso total de su hogar menos de \$50.000, o más de \$50.000?

- ☐ Menos de \$50.000 → GO TO Q29
- ☐ Más de \$50.000 → GO TO Q30
- ☐ DON'T KNOW → GO TO CONCLUSION
- ☐ REFUSED → GO TO CONCLUSION

Q29. Ahora voy a leer unas categorías de ingresos. Por favor dígame cuando yo lea el rango que mejor representa el ingreso de su hogar.

- ☐ MENOS DE \$5.000
- ☐ \$5.000 A MENOS DE \$10.000
- ☐ \$10.000 A MENOS DE \$15.000
- ☐ \$15.000 A MENOS DE \$20.000
- ☐ \$20.000 A MENOS DE \$25,000
- ☐ \$25.000 A MENOS DE \$30.000
- ☐ \$30.000 A MENOS DE \$40.000
- ☐ \$40.000 A MENOS DE \$50.000
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

AFTER Q29, GO TO CONCLUSION.

³ We will determine any State-specific names and make them available to the interviewer in a pop-up window during the interview.

Q30. Ahora voy a leer unas categorías de ingresos. Por favor dígame cuando yo lea el rango que mejor representa el ingreso de su hogar.

- ☐ \$50.000 A MENOS DE \$60.000
- ☐ \$60.000 A MENOS DE \$70.000
- ☐ \$70.000 A MENOS DE \$80.000
- ☐ \$80.000 A MENOS DE \$90.000
- ☐ \$90.000 A MENOS DE \$100.000
- ☐ \$100.000 O MÁS
- ☐ DON'T KNOW
- ☐ REFUSED

CONCLUSION

Muchas gracias por su participación en esta entrevista. Para agradecerle, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$10. Me gustaría confirmar su dirección de correo antes de despedirnos.

¿Podría verificar su nombre por favor?

PROBE: ¿Me lo puede deletrear por favor?

FIRST NAME

LAST NAME

También me gustaría confirmar su dirección de correo.

ADDRESS: ¿Cuál es su dirección actual?

PROBE: ¿Hay un número de apartamento?

PROBE: Aquí es donde le vamos enviar su tarjeta de regalo.

STREET 1: _____

STREET 2: _____

APT. #: _____

CITY: _____

STATE: _____ (SELECT FROM DROP DOWN)

ZIP: _____

Autoridad: Esta información se recolecta bajo la autoridad de disposiciones de la Ley de Niños Saludables y Libres de Hambre de 2010 (P. L. 111-296) y la Sección 28 de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell (42 U.S.C. 1769i) según enmendada.

Propósito: El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para evaluar la calidad nutricional de las comidas y meriendas del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés), el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP.

Uso rutinario: Los registros en este sistema pueden ser divulgados a firmas privadas que hicieron un acuerdo con FNS para recolectar, juntar, analizar, o refinar de otro modo registros con fines de evaluar e informar al Congreso y agencias regulatorias apropiadas, y/o funcionarios departamentales y de FNS.

Divulgación: Divulgar la información es voluntario, y no hay ninguna consecuencia para usted como participante individual en el CACFP por no proporcionar la información. El Aviso de sistema de registros para esta recopilación de información es USDA/FNS-8, Estudios e informes de FNS, que puede encontrar en <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-1991-04-25/pdf/FR-1991-04-25.pdf> (p. 19078).

J.10. Meal Observation Booklet



OMB Number: 0584-0669
Expiration Date: 10/31/2024

Study of Nutrition and Activity in Child Care Settings II (SNACS-II)

Meal Observation Booklet for (check):

☐ Breakfast ☐ Morning snack ☐ Lunch ☐ Afternoon snack ☐ Supper

PUT MEAL OBSERVATION LABEL HERE

Interviewer ID #:

Date of observation: / / **2023**
Month Day

Day of Week (check): ☐ Mon ☐ Tue ☐ Wed ☐ Thu ☐ Fri

Meals and snacks to observe in this classroom today:

Breakfast	☐ No	☐ Yes	Afternoon snack	☐ No	☐ Yes
Morning snack	☐ No	☐ Yes	Supper	☐ No	☐ Yes
Lunch	☐ No	☐ Yes			

1. First name: _____

Child ID #:

2. First name: _____

Child ID #:

The Food and Nutrition Service (FNS) is collecting this information to understand the nutritional quality of CACFP meals and snacks, the cost to produce them, and dietary intakes and activity levels of CACFP participants. This is a voluntary collection and FNS will use the information to examine CACFP operations. The collection does request personally identifiable information under the Privacy Act of 1974. Responses will be kept private to the extent provided by law and FNS regulations. According to the Paperwork Reduction Act of 1995, an agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0669. The time required to complete this information collection is estimated to average 0.75 hours (45 minutes) per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314. ATTN: PRA (0584-0669). Do not return the completed form to this address.

Reference Portion Measurement Form – CACFP Foods

Prior to meal service, list all foods and beverages offered by the child care site for the CACFP meal or snack being observed.

FOOD OR BEVERAGE DESCRIPTION	REFERENCE PORTION SIZE OF 1 UNIT	PRE- PACK	MEASUREMENT OF SAMPLE		ROW #
			(WEIGHT, VOLUME)	FMB MODEL & LETTER	
		☐	#1 g / FO		1
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		2
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		3
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		4
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		5
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		6
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		7
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		8
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		9
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		10
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		11
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		12
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		13
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		14
			#2 g / FO		
		☐	#1 g / FO		15
			#2 g / FO		

This part of the page will overlay with the Reference Portion Measurement Form; food rows will align.

Classroom Waste Measurement Form

COMPLETE AFTER MEAL SERVICE

Complete this form for items remaining in the serving dishes on the classroom table that you observed. For all foods and beverages that will be discarded: Weigh all solid food items, and pour all liquids into measuring cup to measure volume. If weight/volume measure not possible, use FMB to visually estimate amount to be discarded.

	LEFTOVERS NOT DISCARDED	AMOUNT DISCARDED			
ROW #		FOOD + CONTAINER WEIGHT (GRAMS)	EMPTY CONTAINER WEIGHT (GRAMS)	VOLUME (FO)	FMB MODEL AND LETTER
1	☐				
2	☐				
3	☐				
4	☐				
5	☐				
6	☐				
7	☐				
8	☐				
9	☐				
10	☐				
11	☐				
12	☐				
13	☐				
14	☐				
15	☐				

Meal Observation Form – CACFP Foods

This page will overlay with the Reference Portion Measurement Form; ROW # will align.

Meal START time: _____:_____ ☐ am ☐ pm Time when 75% of children have been seated				In 'Remaining' column: - For liquids, record fluid ounces REMAINING - For solid foods, record FRACTION REMAINING , to the nearest 0, 1/4, 1/2, 3/4, or 1		
Meal END time: _____:_____ ☐ am ☐ pm ☐ Ongoing Time when 75% of children no longer seated						
CHILD 1 ID: _____ DESCRIPTOR: _____		CHILD 2 ID: _____ DESCRIPTOR: _____				
ROW #	# SERVED	# ADDED/ LOST	# REMAINING	# SERVED	# ADDED/ LOST	# REMAINING
1		+			+	
		-			-	
2		+			+	
		-			-	
3		+			+	
		-			-	
4		+			+	
		-			-	
5		+			+	
		-			-	
6		+			+	
		-			-	
7		+			+	
		-			-	
8		+			+	
		-			-	
9		+			+	
		-			-	
10		+			+	
		-			-	
11		+			+	
		-			-	
12		+			+	
		-			-	
13		+			+	
		-			-	
14		+			+	
		-			-	
15		+			+	
		-			-	

(+) **Additions** include: 2nd portions or items taken from another child. (-) **Lost** includes: items dropped or spilled, or items given to another child.

Meal Observation Form - Foods from Other Sources

Record 'Measurement of sample' using FMB; if prepackaged, also record weight (for solid foods) or volume (for liquids) from package if visible.

In '# remaining' column:

- For liquids, record fluid ounces REMAINING
- For solid foods, record FRACTION REMAINING, by counts or to the nearest 0, 1/4, 1/2, 3/4, or 1

ROW #	FOOD OR BEVERAGE DESCRIPTION	REFERENCE PORTION SIZE OF 1 UNIT	MEASUREMENT OF SAMPLE	# SERVED	# ADDED/ LOST	# REMAINING
CHILD 1 ID: _____ DESCRIPTOR: _____						
1					+	
					-	
2					+	
					-	
3					+	
					-	
4					+	
					-	
5					+	
					-	
6					+	
					-	
7					+	
					-	
8					+	
					-	
9					+	
					-	
CHILD 2 ID: _____ DESCRIPTOR: _____						
1					+	
					-	
2					+	
					-	
3					+	
					-	
4					+	
					-	
5					+	
					-	
6					+	
					-	
7					+	
					-	
8					+	
					-	
9					+	
					-	

(+) **Additions** include: 2nd portions or items taken from another child. (-) **Lost** includes: items dropped or spilled, or items given to another child.

Meal Observation Form – General Questions

1. How were the initial portions of this meal or snack **served** to children? (mark all that apply)
- ☐ Family Style Meal Service – Serving dishes on community tables and children self-serve most foods
 - ☐ Cafeteria Style Meal Service – Food arrives in the classroom in serving dishes and staff serve children individual dishes or trays of food. Children might also go to a cafeteria or other eating area where staff serve them individual dishes or trays of food.
 - ☐ Pre-plated Meal Service – Individual dishes/trays arrive in the classroom already portioned for children, and staff pass them out

These 3 questions pertain to only the children you are observing during this meal/snack.

2. Did any teachers sit at the table with the observed children?
- ☐ No → GO TO Q5
 - ☐ Yes
3. During this meal/snack, did **any** of these teachers **eat** the same food as the children?
- ☐ No
 - ☐ Yes
4. During this meal/snack, did **any** of these teachers **drink** the same beverages as the children?
- ☐ No
 - ☐ Yes

The following question pertains to ALL children participating in the meal/snack in the classroom observed

5. During this meal, how many children in the classroom participated in the meal by consuming the foods and/or beverages provided by the child care site?

Meal and Snack Observation Notes

Use this space to make notes to help you complete your observations.