

**APPENDIX B**

**CLIENT SURVEY (SPANISH VERSION)**

MPR Reference No.: 06843.060

## **SNAP Client Questionnaire**

***SPANISH VERSION***

***June 2, 2011***

De acuerdo con el Acto de Reducción de Papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona es requerida a responder a una recolección de información si no despliega un válido número de control de OMB. El válido número de control de OMB para esta recolección de información es 0584-XXXX. El tiempo requerido para completar esta recolección de información es calculada en un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar en recursos de datos existentes, recopilar los datos necesitados y completar y revisar la recolección de información.

## SC. SCREENER/PREVIOUS SNAP EXPERIENCE

FILL: IF STATE FROM SMS IS NM or PA: SNAP; IF WA: BASIC FOOD

INTRO = 1 OR NOLETTER =1 OR MOREINFO = 1 OR READLETTER =1

PROGRAMMER: Set variable for pilot versus comparison site. Set variable for STATE from SMS.

**Consent 1.** Me llamo [INTERVIEWER NAME]. Estoy llamando de Mathematica Policy Research acerca de un estudio que estamos llevando a cabo para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, o USDA. El USDA está auspiciando un estudio sobre el programa [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food], que antes era conocido como cupones de alimentos o 'food stamps'. Mathematica ha sido contratada para reunir datos sobre estos programas para el USDA. Mathematica es una compañía de estudios investigativos basada en Princeton, con una larga historia de llevar a cabo estudios como este de parte del gobierno.

El estudio nos ayudará a entender más acerca de las experiencias de la gente con [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food], y más específicamente con lo que funciona bien o lo que no funciona tan bien en su estado. Usted ha sido elegido(a) para participar en este estudio de un grupo de personas que potencialmente son elegibles para recibir Medical Assistance o Asistencia Médica. Quisiéramos oír de sus opiniones y experiencias con [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food]. El USDA podrá usar esta información para crear mejores programas de [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food] o para mejorar programas actuales. Su participación es voluntaria. Elegir participar o no participar no tiene ningún efecto sobre cualquier beneficio que usted recibe o que recibirá. Mientras que no hay beneficios directos por participar en este estudio, el USDA podrá usar sus resultados para crear mejores programas de [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food] o para mejorar programas actuales.

Nada en este estudio es experimental; por lo tanto el único riesgo en la participación es una potencial pérdida de confidencialidad. Sin embargo, las posibilidades que esto ocurra son muy bajas, debido a los múltiples pasos que hemos tomado para proteger su privacidad. Como es requerido por la ley, sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales y su privacidad será protegida. Su nombre no será usado en ningún reporte y sus respuestas no serán compartidas con nadie fuera del equipo de estudio.

Algunas personas pueden sentir incomodidad en contestar a preguntas sobre ingresos, acceso a alimentos o participación en [IF NM or PA: SNAP; IF WA: Basic Food]; sin embargo, usted puede elegir *no contestar* cualquier pregunta que le causa incomodidad, en cualquier momento y por cualquier razón, sin ninguna consecuencia para usted. Usted también puede poner fin a su participación en cualquier momento y por cualquier razón, sin ninguna penalidad.

La encuesta debe tomar unos 20-30 minutos. Como una muestra de nuestra gratitud enviaremos una tarjeta de regalo de \$25 a las personas que completen la encuesta con nosotros. Esta tarjeta de regalo puede ser usada en cualquier lugar y no afectará a cualquier asistencia del gobierno que usted ha estado recibiendo o que recibirá. Junto con esta tarjeta de regalo le enviaremos una copia de la información que le acabamos de describir, incluyendo información de contacto para Mathematica y para nuestro Consejo de Revisión Institucional (Institutional Review Board).

Este estudio ha sido aprobado por un Consejo de Revisión Institucional. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud en relación a su participación o sus derechos como participante, usted puede contactar a Katie Goldberg en New England Institutional Review Board en el 617-969-1310. Si tiene preguntas adicionales sobre la encuesta y/o el estudio, por favor siéntese libre

para contactar a Daniel Friend, el Diputado Director de Encuesta en Mathematica en el 1-888-293-5740.

NO QUESTIONS.....1	Go to Consent 2a
ASKS WHAT IS SNAP.....2	Go to Consent 1a
ASKS WHAT IS BASIC FOOD.....3	Go to Consent 1b
DOES NOT PARTICIPATE IN SNAP.....4	Go to Consent 1c
DOES NOT WANT TO PARTICIPATE..... 2	Status 240, Go to Thanks

CONSENT = 2

**Consent 1a.** SNAP son las siglas en ingles de Supplemental Nutrition Assistance Program – Programa Suplementario de Asistencia de Nutrición. Algunas personas lo conocen como el programa de Cupones de Alimentos o ‘food stamps’. Participantes en SNAP reciben una tarjeta de beneficios electrónicos (o tarjeta de EBT) que pueden usar para comprar mercaderías.

NO QUESTIONS.....1	Go to Consent 2a
DOES NOT WANT TO PARTICIPATE..... 2	Status 240, Go to Thanks

CONSENT = 3

**Consent 1b.** ¿Qué es Basic Food?: Basic Food es el nombre del programa de asistencia alimenticia en el estado de Washington. Algunas personas lo conocen como el programa de Cupones de Alimentos o ‘food stamps’. Participantes en Basic Food reciben una tarjeta de beneficios electrónicos (también llamada ‘Quest card’ o tarjeta de EBT) que pueden usar para comprar mercaderías.

NO QUESTIONS.....1	Go to Consent 2a
DOES NOT WANT TO PARTICIPATE..... 2	Status 240, Go to Thanks

CONSENT = 4

**Consent 1c.** Eso está bien. Estamos muy interesados en las opiniones de la gente sobre el programa, también si no participan.

NO QUESTIONS.....1                      Go to Consent 2a  
DOES NOT WANT TO PARTICIPATE..... 2                      Status 240, Go to Thanks

CONSENT 1 = 1 OR CONSENT 1a = 1 OR CONSENT 1b = 1 OR CONSENT 1C = 1

**Consent 2.** ¿Tiene alguna pregunta?

NO QUESTIONS.....1                      Go to Consent 2a  
QUESTIONS ..... 2                      ANSWER QUESTIONS  
THEN PROCEED TO Consent 2a

(CONSENT 1 = 1 OR CONSENT 1a = 1 OR CONSENT 1b = 1 OR CONSENT 1C = 1) AND  
CONSENT 2 = 1 OR 2

**Consent 2a.** ¿Quisiera participar en esta encuesta?

YES.....1                      Go to Consent 2b  
NO .....0                      Status 240, Go to

**THANKS**

**Consent 2b.** ¡Muy bien! Empecemos. Esta llamada será grabada para propósitos de garantía de calidad. Para el archivo, ¿puede decirme su nombre y apellido completo?

\_\_\_\_\_ STRING (20)  
FIRST NAME

\_\_\_\_\_ STRING (20)  
MIDDLE INITIAL/NAME

\_\_\_\_\_ STRING (20)                      Go To Consent 2c  
LAST NAME

**Consent 2c:** ¿Usted está de acuerdo en participar en esta encuesta? En decir sí, esto significa que usted desea participar en la encuesta sobre sus opiniones y experiencias con SNAP y que usted entiende que su participación es voluntaria. Una copia de su formulario de consentimiento que documenta su acuerdo y describe los procedimientos y sus derechos le será enviada para sus archivos.

YES.....1                      Go to SC0  
YES, BUT NOT A GOOD TIME.....2                      Go to Callback

Thanks

ALL RESPONDENTS
FILL CONDITION : STATE

**SC1. ¿Está usted actualmente recibiendo beneficios de [WA: Basic Food Program,] SNAP o Cupones de Alimentos (Food Stamps)?**

- YES.....1 GO TO SC3
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF NONPARTICIPANT: SC1 = 0 , d, r AND IF STATE = WA, NM
---

**SC1b. ¿Actualmente recibe cada mes, productos de alimentos para indígenas americanos (Commodities) como parte del programa de Distribución de Comida en Reservaciones de Indios (Food Distribution Program on Indian Reservations - FDPIR)?**

- YES.....1 GO TO END
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF NONPARTICIPANT: SC1 = 0 , d, r
FILL CONDITION : STATE

**SC2. ¿Alguna vez solicitó beneficios de [WA: Basic Food,] SNAP o Cupones de Alimentos (Food Stamps)? (IF NECESSARY: [Washington Basic Food Program/SNAP] es el nuevo nombre del programa de Cupones de Alimentos o Food Stamps.)**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO D1
- DON'T KNOW.....d GO TO D1
- REFUSED.....r GO TO D1

IF NONPARTICIPANT, EVER APPLIED: SC2 = 01
---

**SC2b. Cuando usted solicitó beneficios, ¿fue en éste estado o en otro estado?**

- THIS STATE.....1 GO TO SC2d
- ANOTHER STATE.....2

DON'T KNOW.....d GO TO SC2d  
 REFUSED.....r GO TO SC2d

IF NONPARTICIPANT, APPLIED IN ANOTHER STATE: SC2B=1

**SC2c. ¿En qué estado solicitó beneficios?**

\_\_\_\_\_ [DROP-DOWN LIST]

DON'T KNOW.....d  
 REFUSED.....r

NONPARTICIPANT, EVER APPLIED,: SC2=1

FILL CONDITION : STATE, DATE

**SC2d. ¿En los últimos tres años – o sea desde [DATE] – usted solicitó o tuvo que completar papeleo para recertificar para [WA: Basic Food,] SNAP o Cupones de Alimentos (Food Stamps)?**

YES.....1  
 NO.....0 GO TO SC4d  
 DON'T KNOW.....d GO TO SC4d  
 REFUSED.....r GO TO SC4d

NONPARTICIPANT, EVER APPLIED OR PARTICIPANT:SC1=1 OR SC2=1

FILL CONDITION : STATE

**SC3. ¿Cuándo fue la última vez que usted solicitó o fue recertificado(a) para [WA: Basic Food, o] SNAP (Cupones de Alimentos)?**

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|  
 MONTH DAY YEAR  
 (RANGE) (RANGE) (RANGE)

DON'T KNOW.....d  
 REFUSED.....r

NONPARTICIPANT, EVER APPLIED OR PARTICIPANT: SC1=1 OR SC2=1

FILL CONDITION : SC3

**SC4. ¿Alguna vez había solicitado beneficios antes de esta última vez – o sea antes de [FILL SC3]?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF EVER APPLIED PREVIOUSLY, OR DK OR REF: SC4 = 1, d, r

**SC4d. ¿Diría usted que ha solicitado beneficios en los últimos 10 años?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF NONPARTICIPANT AND EVER APPLIED: SC1 = 0 AND SC2 = 1

FILL CONDITION : STATE, SC3

**SC5. La última vez que solicitó o fue recertificado(a) para beneficios de [WA: Basic Food, o] SNAP o Cupones de Alimentos (Food Stamps) en [FILL SC3], ¿ completó usted el proceso de solicitud?**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO SC11
- DON'T KNOW.....d GO TO SC11
- REFUSED.....r GO TO SC11

IF NONPARTICIPANT AND COMPLETED APPLICATION: SC5 = 1

**SC6. La última vez que usted solicitó o fue recertificado(a), ¿ recibió usted beneficios?**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO SC9
- DON'T KNOW.....d GO TO SC9
- REFUSED.....r GO TO SC9

IF PREVIOUS PARTICIPANT: SC6 = 1

**SC7. ¿ Usó los beneficios que recibió?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF PREVIOUS PARTICIPANT: SC6 = 1

**SC8. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que recibió beneficios?**

|\_|\_| NUMBER (MONTHS/YEARS)

- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF NONPARTICIPANT, COMPLETED APPLICATION, BUT DID NOT GET BENEFITS: SC6 = 0, d, r

**SC9. ¿Por qué no recibió beneficios después de completar una solicitud o el papeleo para recertificación?**

**CODE ALL THAT APPLY**

- NOT ELIGIBLE, INCOME WAS TOO HIGH.....1
- NOT ELIGIBLE, ASSETS (CASH, SAVINGS ACCOUNT, CD, U.S. SAVINGS BONDS) WERE TOO HIGH.....2
- NOT ELIGIBLE, VALUE OF CAR WAS TOO HIGH.....3
- NOT ELIGIBLE, VALUE OF BOAT, SNOWMOBILE, CAMPER WAS TOO HIGH.....4
- NOT ELIGIBLE, IMMIGRATION STATUS.....5
- OTHER (SPECIFY).....99 GO TO SC11  
\_\_\_\_\_ (STRING (NUM))
- DON'T KNOW.....d GO TO SC11
- REFUSED.....r GO TO SC11

IF NONPARTICIPANT, COMPLETED APPLICATION, DID NOT GET BENEFITS  
BECAUSE INELIGIBLE, SC9 = 1, 2, 3, 4

FILL CONDITION: SC9

**SC10. ¿Solicitaría beneficios de nuevo si sus circunstancias cambiaran – por ejemplo si [pierde algún ingreso/ hay un cambio en su estatus de inmigración/ las reglas cambian] y usted se vuelve elegible?**

YES.....1 GO TO A1  
NO.....0 GO TO SC12  
DON'T KNOW.....d GO TO A1  
REFUSED.....r GO TO A1

IF NONPARTICIPANT, COMPLETED APPLICATION, DID NOT GET BENEFITS BECAUSE  
OTHER, SC9 = 99, D, R

**SC11. ¿Consideraría presentar nuevamente una solicitud para beneficios?**

YES.....1 GO TO A1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d GO TO A1  
REFUSED.....r GO TO A1

IF NONPARTICIPANT, COMPLETED APPLICATION, DID NOT GET BENEFITS,  
WOULDN'T APPLY AGAIN, SC10 = 0 or SC11 = 0

FILL CONDITION: STATE

**SC12. ¿Por qué no solicitaría beneficios de nuevo? ¿ Piensa que:**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. Sería difícil ir a la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?	1	0	d	r
b. El proceso de solicitud es demasiado largo y complicado?	1	0	d	r
c. Tendría que contestar preguntas que son demasiado personales cuando solicita beneficios?	1	0	d	r
d. se sentiría avergonzado(a) acerca de solicitar beneficios?	1	0	d	r
e. no sería elegible para beneficios?	1	0	d	r
f. sería elegible solamente para una pequeña cantidad de beneficios?	1	0	d	r
g. se las puede arreglar sin beneficios?	1	0	d	r
h. Otros necesitan beneficios más que usted?	1	0	d	r
i. no le gustaría tener que depender de asistencia del gobierno?	1	0	d	r
j. Otros miembros de su familia o amistades le desalentarían de usar beneficios?	1	0	d	r
k. el personal en la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] le trataría sin respeto?	1	0	d	r
l. solamente necesita beneficios por un tiempo corto?	1	0	d	r
m. podría obtener comida de amigos y/o de parientes o familiares?	1	0	d	r
n. podría obtener comida de una despensa general (food pantry), de un banco de comida ( food bank), o de algún otro programa?	1	0	d	r
o. Hay alguna otra razón importante por la que no solicitaría que no he mencionado? (Especifique)	1	0	d	r
_____ (STRING (NUM))				

**A. REASONS FOR APPLYING FOR SNAP**

(SNAP PARTICIPANTS OR RECENT APPLICANTS)

IF SNAP PARTICIPANT OR RECENT APPLICANT: SC1 = 1 or SC2d = 1

FILL CONDITION: STATE, SC3

**Pensando en su más reciente experiencia solicitando beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]:**

**A1. ¿Qué es lo que cambió en su vida que causó que necesitara beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] en [fill DATE from SC3]? ¿Alguna otra cosa?**

CODE ALL THAT APPLY

- NEW CHILD (OR OTHER DEPENDENT LIKE GRANDCHILD).....1 GO TO A3
- SEPARATION, DIVORCE, OR WIDOWED.....2 GO TO A3
- JOB LOSS OR WAGES REDUCED.....3 GO TO A3
- LOSS OR REDUCTION OF OTHER INCOME.....4 GO TO A3
- BECAME DISABLED OR OTHERWISE UNABLE TO WORK.....5 GO TO A3
- NO CHANGE—JUST DECIDED IT WAS TIME.....6 GO TO A3
- NO CHANGE—APPLIED AT THE SAME TIME I WAS APPLYING FOR ANOTHER PROGRAM.....7 GO TO A3
- NO CHANGE—ENCOURAGED TO APPLY BY SOMEONE ELSE .....8
- NO CHANGE—RECEIVED ASSISTANCE WITH THE APPLICATION.....9 GO TO A3
- NO CHANGE—JUST HEARD ABOUT THE PROGRAM.....10 GO TO A3
- NEEDED TO RECERTIFY/RENEW BENEFITS.....11 GO TO A3
- OTHER (SPECIFY).....99 GO TO A3
- \_\_\_\_\_ (STRING (NUM))
- DON'T KNOW.....d GO TO A4
- REFUSED.....r GO TO A4

IF ENCOURAGED TO APPLY: A1 = 8

**A2. ¿Quién le animó a solicitar beneficios?**

\_\_\_\_\_ (STRING (NUM))  
DESCRIPTION  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF SC3 NE d, r

FILL CONDITION: A1

**A3. Antes, usted dijo que decidió solicitar beneficios porque: [FILL A1]. ¿Cuál era la razón más importante?**

**PROBE: (IF NECESSARY: Usted dijo [FILL A1 RESPONSES].)**

CODE ONE ONLY

NEW CHILD (OR OTHER DEPENDENT LIKE  
GRANDCHILD).....1  
SEPARATION, DIVORCE, OR WIDOWED.....2  
JOB LOSS OR WAGES REDUCED.....3  
LOSS OR REDUCTION OF OTHER INCOME.....4  
BECAME DISABLED OR OTHERWISE  
UNABLE TO WORK.....5  
NO CHANGE—JUST DECIDED IT WAS TIME.....6  
NO CHANGE—APPLIED AT THE SAME TIME  
I WAS APPLYING FOR ANOTHER PROGRAM.....7  
NO CHANGE—ENCOURAGED TO APPLY BY  
SOMEONE ELSE .....8  
NO CHANGE—RECEIVED ASSISTANCE WITH  
THE APPLICATION.....9  
NO CHANGE—JUST HEARD ABOUT THE  
PROGRAM.....10  
NEEDED TO RECERTIFY/RENEW BENEFITS.....11  
OTHER (SPECIFY).....99  
\_\_\_\_\_ (STRING (NUM))  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF SNAP PARTICIPANT OR RECENT APPLICANT: SC1 = 1 or SC2d = 1
FILL CONDITION: STATE

**A4. Le voy a leer algunos factores que afectan a las decisiones de la gente que solicita [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]. Por favor dígame si cada uno de estos fue un factor en su decisión de solicitar beneficios.**

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. Puedo usar una computadora para hacer la solicitud desde mi casa o en otro lugar.....	1	0	d	r
b. Puedo tener una entrevista por teléfono en vez de ir a la oficina de beneficios.....	1	0	d	r
c. Estoy mejor informado(a) acerca del programa porque aprendí de él en [WA: una oficina móvil de servicios de la comunidad,] mi centro para mayores (senior center) o en una clínica médica .....	1	0	d	r
d. La gente en [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] es de más ayuda de lo que eran antes.....	1	0	d	r

IF APPLIED MORE THAN ONE TIME IN PAST 3 YEARS: SC4b = 1
FILL CONDITION: STATE

**A5a. Antes, usted dijo que presentó una solicitud o que fue recertificado(a) para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] más de una vez. ¿Según su experiencia, la solicitud para beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] es más corta o más larga de lo que era antes?**

- SHORTER.....1
- LONGER.....2
- IF VOLUNTEERED: ABOUT THE SAME.....3 GO TO A6a
- DON'T KNOW.....d GO TO A6a
- REFUSED.....r GO TO A6a

IF A5A = 1, 2
FILL CONDITION: A5a

**A5b. ¿Diría usted que es mucho [FILL A5a] o un poco [FILL A5a]?**

- A LOT.....1
- A LITTLE.....2
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF SC2d = 1
FILL CONDITION: STATE

**A6a. (Antes, me dijo que presentó una solicitud o que fue recertificado(a) para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] más de una vez. ¿Según su experiencia . . . )**  
**. . . se ha hecho más fácil o más difícil presentar la solicitud de lo que era antes?**

EASIER.....1  
HARDER.....2  
IF VOLUNTEERED: ABOUT THE SAME.....3 GO TO A7a  
DON'T KNOW.....d GO TO A7a  
REFUSED.....r GO TO A7a

IF A6a = 1, 2
FILL CONDITION: A6a

**A6b. ¿Diría usted que se ha hecho mucho [FILL A6a] o un poco [FILL A6a]?**

A LOT.....1  
A LITTLE.....2  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF SC2d = 1
FILL CONDITION: STATE

**A7a. (Antes, me dijo que presentó una solicitud o que fue recertificado(a) para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] más de una vez. ¿Según su experiencia . . . )**  
**. . . el personal en la oficina de beneficios se ha vuelto más respetuoso o menos respetuoso hacia usted de lo que era antes?**

MORE RESPECTFUL.....1  
LESS RESPECTFUL.....2  
IF VOLUNTEERED: ABOUT THE SAME.....3 GO TO A8a  
DON'T KNOW.....d GO TO A8a  
REFUSED.....r GO TO A8a

IF A7a = 1, 2
FILL CONDITION: A7a

- A7b.            ¿Diría usted que el personal en la oficina de beneficios se ha vuelto mucho [FILL 7a] o un poco [FILL 7a]?**
- A LOT.....1
  - A LITTLE.....2
  - DON'T KNOW.....d
  - REFUSED.....r

IF SC2d = 1
FILL CONDITION: STATE

- A8a.            (Antes, me dijo que presentó una solicitud o que fue recertificado(a) para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] más de una vez. ¿Según su experiencia . . . )**
- . . . se ha hecho más fácil o más difícil contactar a alguien en la oficina de beneficios para obtener información?**
- EASIER.....1
  - HARDER.....2
  - IF VOLUNTEERED: ABOUT THE SAME.....3    GO TO A9a
  - DON'T KNOW.....d    GO TO A9a
  - REFUSED.....r    GO TO A9a

IF A8a = 1, 2
FILL CONDITION: A8a

- A8b.            ¿Diría usted que es mucho [FILL A8a] o un poco [FILL A8a]?**
- A LOT.....1
  - A LITTLE.....2
  - DON'T KNOW.....d
  - REFUSED.....r

## B. SNAP APPLICATION PROCESS

### SNAP PARTICIPANTS OR RECENT APPLICANTS

IF SNAP PARTICIPANT OR RECENT APPLICANT: SC1 = 1 or SC2d = 1

FILL CONDITION: STATE

**Las siguientes preguntas son acerca de su más reciente experiencia solicitando o recertificando para [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].**

**B1. ¿Cómo aprendió usted acerca de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]? ¿Alguna otra cosa?**

CODE ALL THAT APPLY

- WHILE APPLYING FOR OTHER BENEFITS.....1
- FROM SENIOR CENTER.....2
- FROM COMMUNITY CENTER OR OTHER  
GATHERING PLACE IN COMMUNITY.....3
- FROM VAVETERANS GROUP.....4
- FROM FOOD BANK OR OTHER EMERGENCY  
FOOD PROVIDER.....5
- FROM CHURCH OR OTHER PLACE OF  
WORSHIP.....6
- FROM DOCTOR'S OFFICE, CLINIC, OR  
HOSPITAL.....7
- FROM EMPLOYER.....8
- FROM FRIEND/FAMILY.....9
- REFERRED BY ANOTHER AGENCY TO  
APPLY.....10
- OTHER (SPECIFY).....99
- \_\_\_\_\_ (STRING (NUM))
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**B2. Antes de solicitar beneficios, ¿llamó a la oficina o a la línea directa o “hotline” de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] para aprender más sobre [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] y cómo presentar la solicitud?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**B3. Antes de solicitar, ¿tuvo una llamada telefónica o una reunión en la cual alguien le preguntó sobre sus ingresos, bienes o gastos para calcular si usted podría calificar para [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] y cuánto usted podría recibir?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**B4. Antes de solicitar, ¿usted o alguien fuera del personal en la oficina de beneficios introdujo o subió información sobre sus ingresos, bienes o gastos a una computadora para calcular si podría calificar para [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

**B5. Cuando usted solicitó, ¿alguien sometió la solicitud de su parte?**

YES.....1  
NO.....0 GO TO B7  
DON'T KNOW.....d GO TO B7  
REFUSED.....r GO TO B7

IF SOMEONE SUBMITTED APPLICATION: B5 = 1

**B6. ¿Quién sometió la solicitud de su parte??**

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
DESCRIPTION  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF SOMEONE SUBMITTED APPLICATION: B5 ne 1

FILL CONDITION: STATE

**B7. Cuando usted solicitó, ¿sometió su solicitud por correo, [PA: por teléfono], [WA or PA: por computadora], o en persona en la oficina local de beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

BY MAIL.....1  
[IF PA]: BY TELEPHONE.....2  
[IF PA or WA]: BY COMPUTER.....3  
IN PERSON.....4  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**B8. La última vez que solicitó, ¿tuvo alguna ayuda con la solicitud?**

**PROBE:** La ayuda puede incluir traducción, llenar la solicitud, obtener los documentos necesarios, obtener transporte para ir a la oficina de [WA: Basic Food/N Mor PA: SNAP o cupones de Alimentos], acompañarle a la oficina, o tener a alguien que fuera a la oficina en vez de usted.

YES.....1  
NO.....0 GO TO B10  
DON'T KNOW.....d GO TO B10  
REFUSED.....r GO TO B10

IF HELP ON THE APPLICATION: B8=1
FILL CONDITION: STATE

**B9. ¿Quién proporcionó la mayoría de la ayuda?**

CODE ONE ONLY

- [WA: BASIC FOOD/NM OR PA: SNAP] OFFICE STAFF OR ANY ORGANIZATION IN THE COMMUNITY (e.g., BENEFITS DATA TRUST, LIBRARY, SENIOR CENTER).....1
- RELATIVE, FRIEND, OR NEIGHBOR.....2
- CLERGY.....3
- COMMUNITY WORKER (e.g., OUTREACH WORKER OR LEGAL AID REPRESENTATIVE).....4
- OTHER (SPECIFY).....99
- \_\_\_\_\_ (STRING (NUM))
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

INSERT ENTRANCE CONDITION
FILL CONDITION: STATE

**B10. Después de completar el formulario de solicitud, ¿tuvo usted una entrevista en persona o por teléfono con alguien de la oficina de [WA: Basic Food/NM, PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO B12
- DON'T KNOW.....d GO TO B12
- REFUSED.....r GO TO B12

IF HAD AN INTERVIEW: B10=1
FILL CONDITION: STATE

**B11. ¿La entrevista se llevó a cabo por teléfono, en la oficina local del programa [WA: Basic Food/PA or NM: SNAP o Cupones de Alimentos], en su hogar o en algún otro lugar?**

- TELEPHONE.....1
- LOCAL [WA: BASIC FOOD/PA OR NM: SNAP] PROGRAM OFFICE.....2
- YOUR HOME.....3
- SOME OTHER PLACE.....4
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

**B12. ¿Usted tuvo que ir a la oficina de SNAP para completar el proceso de solicitud?**

- YES.....1  
 NO.....0 GO TO B14  
 DON'T KNOW.....d GO TO B14  
 REFUSED.....r GO TO B14

IF WENT TO SNAP OFFICE: B12 = 1

**B13. ¿Cuántas veces tuvo que ir a la oficina de SNAP para completar el proceso de solicitud?**

CODE ONE ONLY

- ONE.....1  
 TWO.....2  
 THREE OR MORE TIMES.....3  
 DON'T KNOW.....d  
 REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**B14. Las próximas preguntas son acerca de la cantidad de tiempo que usted pasó completando el proceso de solicitud. ¿Más o menos cuánto tiempo pasó ...**

MARK ONE PER ROW

	TIME SPENT	DK	REF
a. [IF B2 = 1] en espera después de llamar a la oficina de [WA: Basic Food/PA or NM: SNAP o Cupones de Alimentos] o a la línea directa o "hotline"?.....  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
b. hablando por teléfono con alguien de la oficina de [WA: Basic Food/PA or NM: SNAP] o de la línea directa o "hotline"?.....  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
c. llenando el formulario de solicitud?.....  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
d. recolectando el papeleo requerido para la solicitud?.....  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
e. [IF B12 = 1] yendo y regresando de la oficina de [WA: Basic Food/PA or NM: SNAP]?  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
f. [IF B12 = 1] en persona en la oficina de [WA: Basic Food/PA or NM: SNAP]?  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
g. haciendo otras cosas para completar el formulario de solicitud para [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]? (Specify).....  __ __  MINUTES/HOURS		d	r
_____ (STRING (NUM))			

FILL CONDITION: STATE

**B15.** ¿Usted necesitó usar algo de su propio dinero para pagar por transporte para ir a una oficina o para obtener algo para completar la solicitud para [WA: Basic Food/NM, PA: SNAP o Cupones de Alimentos]? Por favor incluya gasolina, el pasaje de autobús, estacionamiento o parqueo, peaje o dinero que tuvo que pagar a un chofer.

YES.....1  
NO.....0 GO TO C1  
DON'T KNOW.....d GO TO C1  
REFUSED.....r GO TO C1

IF B15 = 1

**B16.** ¿Cuánto pagó de su propio dinero para transporte?

\$ |\_|\_| . |\_|\_| NUMBER (NUMBER RANGE)  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

SOFT CHECK: IF **Soft check statement/question**

## C. PARTICIPATION EXPERIENCE

### SNAP PARTICIPANTS

IF SNAP PARTICIPANT (SC1 = 1)

FILL CONDITION: STATE

Las próximas preguntas son acerca de sus experiencias actuales con [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].

**C1. Por favor dígame si usted está muy satisfecha(o), algo satisfecha(o), algo insatisfecha(o), o muy insatisfecha(o) con . . .**

MARK ONE PER ROW

	VERY SATISFIED	SOMEWHAT SATISFIED	SOMEWHAT DISSATISFIED	VERY DISSATISFIED	DON'T KNOW	REFUSED
a. el Programa de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] en general.....	1	2	3	4	d	r
b. el proceso de solicitud para beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] .....	1	2	3	4	d	r
c. el uso de la tarjeta de beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP].....	1	2	3	4	d	r
d. la obtención de información o explicaciones en el idioma que prefiere.....	1	2	3	4	d	r

FILL CONDITION: STATE

**C2. Ahora, por favor dígame sus opiniones acerca de los servicios que usted recibió del personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]. Por favor dígame si usted está muy de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo con cada frase.**

MARK ONE PER ROW

	STRONGLY AGREE	SOMEWHAT AGREE	SOMEWHAT DISAGREE	STRONGLY DISAGREE	DON'T KNOW	REFUSED
a. Los tipos de servicios que yo recibí eran adecuados para mis necesidades.....	1	2	3	4	d	r
b. En general, el personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] me mantuvo bien informada(o).....	1	2	3	4	d	r
c. Yo sentí que el personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] estaba haciendo lo que podía para ayudarme a resolver mis problemas.....	1	2	3	4	d	r
d. El personal de [WA: Basic Food/SNAP] estaba bien informado sobre los beneficios y procedimientos de [WA: Basic Food Program/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].....	1	2	3	4	d	r
e. El personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] me trataba con respeto.....	1	2	3	4	d	r
f. El personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] está disponible por teléfono para ayudarme .....	1	2	3	4	d	r
g. El personal de [WA: Basic Food/SNAP] está disponible para reuniones en persona para ayudarme .....	1	2	3	4	d	r

**Algunas personas han dicho que se sienten cómodas usando beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos], mientras que otras han dicho que no se sienten cómodas usando los beneficios. Quisiéramos saber cómo se siente acerca de esto. Por favor conteste “sí” o “no” después que le lea cada pregunta.**

FILL CONDITION: STATE

**C3. ¿Alguna vez usted ha hecho algo para esconder que recibe beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**C4. ¿Alguna vez usted ha evitado decirle a la gente que recibe beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**C4b. ¿Hace usted compras muy tarde o a horas raras para evitar ser visto(a) en la tienda cuando está usando sus beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**C5. Cuando usted usa sus beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP], ¿alguna vez sale de su camino para ir a comprar en una tienda donde nadie (la/lo) conoce?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**C6. ¿Alguna vez le han tratado con falta de respeto cuando estaba usando beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**C7. ¿Alguna vez le han tratado con falta de respeto cuando le dijo a gente que recibía beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

- YES.....1
- NO.....0
- IF VOLUNTEERED: NEVER TOLD ANYONE RECEIVED BENEFITS.....2
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

## D. KNOWLEDGE OF SNAP

IF NONPARTICIPANT OR NOT RECENT APPLICANT: SC1 ne 1

FILL CONDITION: STATE

**D1. ¿Había usted oído del Programa de [WA: Basic Food,] SNAP o Cupones de Alimentos o “Food Stamps” antes de la entrevista de hoy?**

YES.....1

NO.....0

DON'T KNOW.....d

REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**D2. ¿Piensa usted que es posible que sea elegible para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

YES.....1

NO.....0

DON'T KNOW.....d

REFUSED.....r

HEARD OF SNAP BEFORE INTERVIEW AND THINK MAY BE ELIGIBLE: IF D1 = 1 AND D2 = 1

FILL CONDITION: STATE

**D3. Antes de la entrevista de hoy, ¿pensaba usted que quizás era elegible para recibir beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?**

YES.....1

NO.....0

DON'T KNOW.....d

REFUSED.....r

**D5. ¿Cuán segura(o) está usted acerca de dónde ir o a quién contactar para solicitar beneficios? ¿Diría usted que está muy segura(o), algo segura(o), algo insegura(o) o muy insegura(o)?**

- VERY CERTAIN.....1
- SOMEWHAT CERTAIN.....2
- SOMEWHAT UNCERTAIN.....3
- VERY UNCERTAIN.....4
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

## E. REASONS FOR NOT APPLYING FOR SNAP

IF NONPARTICIPANT OR NOT RECENT APPLICANT

IF NONPARTICIPANT OR NOT RECENT APPLICANT: SC1 NE 1

FILL CONDITION: STATE

**E1. Ahora voy a leer varias posibles razones por las que usted quizás no haya solicitado beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos] recientemente. ¿Piensa usted que:**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. sería difícil llegar a la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP]?.....1	0	d	r	
b. el proceso de solicitud es demasiado largo y complicado?.....1	0	d	r	
c. hubiera tenido que contestar preguntas que son demasiado personales cuando solicita beneficios?.....1	0	d	r	
d. se sentiría avergonzada(o) de solicitar beneficios?.....1	0	d	r	
e. no sería elegible para beneficios?.....1	0	d	r	
f. solamente sería elegible para una pequeña cantidad de beneficios?.....1	0	d	r	
g. se las puede arreglar por sí misma(o) sin beneficios?.....1	0	d	r	
h. otras personas necesitan beneficios más que usted?.....1	0	d	r	
i. no le gustaría depender de asistencia del gobierno?.....1	0	d	r	
j. otros miembros de su familia o amistades le desalentarían de usar beneficios?.....1	0	d	r	
k. el personal en la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] le trataría con falta de respeto?.....1	0	d	r	
l. solamente necesita beneficios por un tiempo corto?.....1	0	d	r	
m. podría obtener comida de amigos y/o de parientes o familiares?.....1	0	d	r	
n.. podría obtener comida de una despensa general (food pantry), de un banco de comida ( food bank), o de algún otro programa?.....1	0	d	r	
o. es difícil usar la tarjeta de beneficios.....1	0	d	r	
p. Hay alguna otra razón importante por la que no solicitaría beneficios que no he mencionado? (Especifique).....1	0	d	r	

(STRING  
(NUM))

IF MORE THAN ONE "YES" RESPONSE IN E1, THEN ASK E1x

FILL CONDITION: STATE, E1

**E1x. Usted mencionó [FILL E1 = YES] razones por las que usted no ha solicitado beneficios recientemente. ¿Cuál es la razón más importante por la que no ha solicitado?**

MARK ONE ONLY

a.	sería difícil llegar a la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP]?	1
b.	el proceso de solicitud es demasiado largo y complicado	2
c.	hubiera tenido que contestar preguntas que son demasiado personales cuando solicita beneficios?	3
d.	se sentiría avergonzada(o) de solicitar beneficios?	4
e.	no sería elegible para beneficios?	5
f.	solamente sería elegible para una pequeña cantidad de beneficios?	6
g.	se las puede arreglar por sí misma(o) sin beneficios?	7
h.	otras personas necesitan beneficios más que usted?	8
i.	no le gustaría depender de asistencia del gobierno?	9
j.	otros miembros de su familia o amistades le desalentarían de usar beneficios?	10
k.	el personal en la oficina de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] le faltaría el respeto?	11
l.	solamente necesita beneficios por un tiempo corto?	12
m.	podría obtener comida de amigos y/o de parientes o familiares?	13
n..	podría obtener comida de una despensa general (food pantry), de un banco de comida ( food bank), o de algún otro programa?	14
o.	es difícil usar la tarjeta de beneficios.	15
p.	[FILL: Alguna otra razón]	16

\_\_\_\_\_ (STRING (NUM))

IF APPLICATION IS TOO LONG: E1b = 1

**E2. Usted mencionó que el proceso de solicitud es demasiado largo y complicado. ¿Es esto porque . . .**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. usted piensa que tendría que esperar por un tiempo largo antes de recibir beneficios?.....	1	0	d	r
b. usted piensa que tendría que esperar un largo tiempo en al oficina de beneficios?.....	1	0	d	r
c. usted piensa que el formulario de solicitud es demasiado largo y complicado?.....	1	0	d	r
d. usted piensa que sería difícil recolectar el papeleo necesario?.....	1	0	d	r
e. hay alguna otra razón que no he mencionado? (Especifique).....	1	0	d	r
_____ (STRING (NUM))				

**E2a. [IF WA or PA]: ¿La solicitud puede ser completada y sometida por computadora?**

YES.....1  
 NO.....0  
 NOT SURE.....n  
 REFUSED.....r

**E2b. ¿La solicitud puede ser completada y sometida por teléfono?**

YES.....1  
 NO.....0  
 NOT SURE.....n  
 REFUSED.....r

**E2c. ¿Pueden las organizaciones en su comunidad, tales como centros de mayores (“senior centers”) o bancos de alimentos, ofrecer asistencia con el proceso de solicitud?**

YES.....1  
 NO.....0  
 NOT SURE.....n  
 REFUSED.....r

IF CAN GET BY ON OWN: E1g = 1

**E3. Usted mencionó que se las puede arreglar por sí misma(o). ¿Significa esto que usted...**

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. tiene suficiente comida para usted y su hogar?.....	1	0	d	r
b. tiene suficiente asistencia de otro programa?.....	1	0	d	r
c. tiene otras amistades o familia que le proporcionan lo que usted necesita?.....	1	0	d	r
d. puede usar sus bienes, tal como cuentas bancarias o planes de retiro o jubilación?.....	1	0	d	r
e. tiene alguna otra razón que no he mencionado? (Especifique).....	1	0	d	r
_____ (STRING (NUM))				

IF ONLY NEED BENEFITS A SHORT TIME: E1I = 1

**E4. Usted mencionó que solamente necesita beneficios por un corto tiempo. ¿Cuáles son las circunstancias que usted espera que cambiarán para hacer que esta solo sea una necesidad temporal? ¿Usted...**

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. espera tener más ingresos en el momento que su solicitud sea procesada?.....	1	0	d	r
b. espera recibir más ayuda de familia o amistades pronto?.....	1	0	d	r
c. espera algún otro cambio en un futuro cercano que no he mencionado? (Especifique).....	1	0	d	r
_____ (STRING (NUM))				

FILL CONDITION: STATE

**E5. Ahora quisiera preguntarle qué es lo que haría más probable que usted solicitara beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].**

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. ¿Usted piensa que un proceso más simple de solicitud le alentaría a solicitar beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos]?.....	1	0	d	r

MARK ONE PER ROW

YES	NO	DK	REF
-----	----	----	-----

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| b. ¿Un mejor trato de parte del personal de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP] le alentaría a solicitar?..... | 1 | 0 | d | r |
| c. ¿Más información acerca su elegibilidad le alentaría a solicitar?.....                                  | 1 | 0 | d | r |
| d. ¿Hay algún otro cambio importante que le alentaría a solicitar? (Especifique).....                      | 1 | 0 | d | r |

\_\_\_\_\_ (STRING  
(NUM))

**Algunas personas han dicho que se sienten cómodas usando beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos], mientras que otras han dicho que no se sienten cómodas usando los beneficios. Quisiéramos saber cómo se siente usted acerca de esto. Por favor conteste “sí” o “no” después que le lea cada frase.**

FILL CONDITION: STATE

**E6. “Yo evitaría decirle a la gente que recibí beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].”**

- YES.....1  
 NO.....0  
 DON'T KNOW.....d  
 REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**E7. “Yo iría a comprar muy tarde o a horas raras para evitar que me vean en la tienda cuando estoy usando mis beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].”**

- YES.....1  
 NO.....0  
 DON'T KNOW.....d  
 REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**E8. “Yo quizás no iría a comprar en ciertas tiendas porque no quiero que la gente allí sepa que uso beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].”**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**E9. “La gente en las tiendas me trata con falta de respeto cuando uso beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].”**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: STATE

**E10. “La gente me trataría con falta de respeto si averiguan que recibí beneficios de [WA: Basic Food/NM or PA: SNAP o Cupones de Alimentos].”**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

## F. EXPERIENCE WITH EXTRA HELP PILOT

### PARTICIPANTS AND NONPARTICIPANTS IN PILOT SITES

IF R IS IN WASHINGTON, THEN ASK F1 THROUGH F6, THEN GO TO F16

**F1. Después de solicitar el Plan de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Plan, ¿usted...**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. recibió información o una solicitud en el correo para el programa de Basic Food?.....	1	0	d	r
b. recibió una llamada invitándole a solicitar para el programa de Basic Food?.....	1	0	d	r
c. ha visto alguna propaganda tal como afiches o anuncios en la televisión acerca del programa de Basic Food?.....	1	0	d	r
d. ha visto lugares donde puede solicitar para el programa de Basic Food fuera de una oficina de beneficios, tal como en un centro de mayores o "senior center", un centro de la comunidad o una oficina móvil de servicios comunitarios?.....	1	0	d	r
e. fue contactada(o) en alguna otra forma acerca de solicitar Basic Food?.....	1	0	d	r

IF R IS IN WASHINGTON

**F2. Quisiera saber si usted ha visto u oído algo acerca del programa de Basic Food en cualquiera de los siguientes lugares. ¿Usted...**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. ha leído algún artículo o anuncio sobre el programa de Basic Food en el periódico?.....	1	0	d	r
b. ha oído algún anuncio o aviso en el radio o la televisión sobre [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
c. ha visto algún afiche, volante o folleto sobre [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
d. ha visto algún letrero o algún aviso en un autobús, taxi o tren sobre [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
e. ha visto algún anuncio en una computadora sobre [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
f. ha oído alguna presentación por grupos comunitarios que describía a [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
g. habló con alguien por teléfono o en persona en el grupo comunitario sobre la posibilidad que usted sea elegible?.....	1	0	d	r
h. recibió algún correo o llamadas de teléfono acerca del programa de Basic Food que mencionan a [FILL CONTENT]?.....	1	0	d	r
i. hizo alguna otra cosa? (SPECIFY).....	1	0	d	r
_____ (STRING (NUM))				

IF R IS IN WASHINGTON

IF F2 = YES FOR ANY ITEMS

**F3. ¿Usted decidió solicitar como resultado de leer, oír, ver u obtener información sobre el programa de Basic Food?**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO F5
- DON'T KNOW.....d GO TO F5
- REFUSED.....r GO TO F5

IF R IS IN WASHINGTON

IF APPLIED AS A RESULT OF OUTREACH: F3 = 1

**F4. ¿Usted completó esa solicitud?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF R IS IN WASHINGTON  
 IF APPLIED AS A RESULT OF OUTREACH: F3 = 1

FILL CONDITION: F2 RESPONSES

**F5. ¿Cuál de las siguientes razones fue importante en ayudarlo a decidir solicitar beneficios? ¿Alguna otra cosa?**

(IF NECESSARY: Usted mencionó [fill items where F2 = yes])

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. leer algún artículo o anuncio sobre el programa de Basic Food en el periódico .....	1	0	d	r
b. oír algún anuncio o aviso en el radio o la televisión sobre [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
c. ver afiches, volantes o folletos sobre [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
d. ver un letrero o un aviso en un autobús, taxi o tren sobre [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
e. ver un anuncio en una computadora sobre [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
f. oír una presentación por un grupo comunitario que describía a [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
g. hablar por teléfono o en persona en el grupo comunitario sobre la posibilidad que usted sea elegible.....	1	0	d	r
h. recibir correo o llamadas de teléfono acerca del programa de Basic Food que mencionan a [FILL CONTENT].....	1	0	d	r
i. alguna otra cosa (SPECIFY)..... _____(STRING (NUM))	1	0	d	r

IF R IS IN PENNSYLVANIA, ASK F7 THROUGH F9, THEN GO TO F16

**F7. Después de solicitar Medicare Extra Help, ¿usted ...**

	MARK ONE PER ROW			
	YES	NO	DK	REF
a. recibió información o una solicitud para SNAP o Cupones de Alimentos en el correo?.....	1	0	d	r
b. recibió una llamada invitándole a solicitar beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos?.....	1	0	d	r
c. fue contactada(o) en alguna otra forma acerca de solicitar beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos?.....	1	0	d	r

IF R IS IN PENNSYLVANIA  
IF CONTACTED ABOUT APPLYING FOR SNAP: F7c = 1

**F8. ¿Cómo fue contactada(o)?**

\_\_\_\_\_ (STRING (NUM))  
DESCRIPTION  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF R IS IN PENNSYLVANIA  
IF F7a = 1 OR F7b = 1 OR F7c = 1

**F9. ¿ solicitó usted beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos porque recibió información o porque alguien (la/lo) contactó?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF R IS IN NEW MEXICO, ASK F10 THROUGH F16

**F10. ¿ Ha recibido información o una solicitud para el Plan de Ahorros de Medicare (Savings Plan) en el correo?**

YES.....1  
NO.....0 GO TO F12  
DON'T KNOW.....d GO TO F12

REFUSED r GO TO F12  
IF RECEIVED APPLICATION FOR MSP BY MAIL: F10 = 1

**F11. ¿Esta solicitud para el Plan de Ahorros de Medicare (Savings Plan) también incluyó preguntas para solicitar beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos al mismo tiempo?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF R IS IN NEW MEXICO

**F12. ¿ Sometió juntas las solicitudes para el Plan de Ahorros de Medicare (Savings Plan) y para SNAP o Cupones de Alimentos?**

YES.....1  
NO.....0 GO TO F14  
DON'T KNOW.....d GO TO F14

REFUSED.....r GO TO F14

IF R IS IN NEW MEXICO  
IF SUBMITTED APPLICATION FOR MSP AND SNAP TOGETHER: F12 = 1

**F13. ¿ Completó usted esa solicitud?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

IF R IS IN NEW MEXICO  
IF R COMPLETED APPLICATION FOR MSP AND SNAP TOGETHER: F13 = 1

**F14. ¿ Recibió usted una tarjeta de Beneficios Electrónicos o EBT?**

YES.....1  
NO.....0 GO TO F16  
DON'T KNOW.....d GO TO F16  
REFUSED.....r GO TO F16

IF R IS IN NEW MEXICO  
IF F14 = YES

**F15. ¿Esa tarjeta era de \$67 (sesenta y siete dólares) o de \$88 (ochenta y ocho dólares)?**

- \$67..... 1
- \$88..... 2
- DON'T KNOW..... d
- REFUSED..... r

ALL STATES  
IF RECEIVED SNAP INFORMATION, F10 = YES

**F16. Por favor dígame si usted está muy satisfecha(o), algo satisfecha(o), algo insatisfecha(o), o muy insatisfecha(o) con . . .**

	VERY SATISFIE D	SOMEWHAT SATISFIED	SOMEWHAT DISSATISFIE D	VERY DISSATISFIE D	DK	REF
a. la habilidad de obtener información en su propio idioma .....	1	2	3	4	d	r
b. la información que usted recibió acerca de por qué usted debería solicitar beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos .....	1	2	3	4	d	r
c. la información que usted recibió acerca de cómo solicitar beneficios de SNAP o Cupones de Alimentos .....	1	2	3	4	d	r
d. lo fácil que es obtener respuestas a sus preguntas sobre SNAP o Cupones de Alimentos .....	1	2	3	4	d	r

## G. DEMOGRAPHICS

ALL RESPONDENTS

ALL

**G1. (INTERVIEWER: ASK IF NOT OBVIOUS): ¿Cuál es su sexo?**

MALE.....1  
FEMALE.....2

**G2. ¿Cuál es el más alto grado o nivel de estudios que usted completó o el más alto título que usted ha recibido?**

CODE ONE ONLY

NEVER ATTENDED/KINDERGARTEN ONLY.....0  
1ST GRADE.....1  
2ND GRADE.....2  
3RD GRADE.....3  
4TH GRADE.....4  
5TH GRADE.....5  
6TH GRADE.....6  
7TH GRADE.....7  
8TH GRADE.....8  
9TH GRADE.....9  
10TH GRADE.....10  
11TH GRADE.....11  
12TH GRADE, NO DIPLOMA.....12  
HIGH SCHOOL GRADUATE.....13  
GED OR EQUIVALENT.....14  
SOME COLLEGE, NO DEGREE.....15  
ASSOCIATE'S DEGREE; OCCUPATIONAL,  
TECHNICAL, OR VOCATIONAL PROGRAM.....16  
ASSOCIATE'S DEGREE: ACADEMIC PROGRAM.....17  
BACHELOR'S DEGREE (EXAMPLE: BA, AB, BS,  
BBA).....18  
MASTER'S DEGREE (EXAMPLE: MA, MS, MEng,  
MEd, MBA).....19  
PROFESSIONAL SCHOOL DEGREE (EXAMPLE: MD,  
DDS, DVM, JD).....20  
DOCTORAL DEGREE (EXAMPLE: PhD, EdD).....21  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

**G3. ¿es usted de origen hispano o latino?**

- HISPANIC OR LATINO.....1
- NOT HISPANIC OR LATINO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

**G4. Voy a leer una lista de categorías raciales. Por favor escoja una o más razas a las que usted considera que pertenece: India(o)-americana(o) o Nativa(o) de Alaska; Negra(o) o Africana(o)-americana(o); Asiática(o); Nativa(o) de Hawái o de otra Isla del Pacífico; Blanca(o); ¿alguna otra raza?.**

CODE ALL THAT APPLY

- AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE.....1
- ASIAN.....2
- BLACK OR AFRICAN AMERICAN.....3
- NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER.....4
- WHITE.....5
- SOME OTHER RACE (SPECIFY).....99
- \_\_\_\_\_ (STRING (30))
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

**G5. ¿Está usted casada(o), es viuda(o), divorciada(o), separada(o), nunca se casó o vive con pareja?**

CODE ONE ONLY

- MARRIED.....1
- WIDOWED.....2
- DIVORCED.....3
- SEPARATED.....4
- NEVER MARRIED.....5
- LIVING WITH A PARTNER.....6
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

**G6. Includyéndose a usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?**

|\_\_|\_\_| NUMBER OF PEOPLE IN HOUSEHOLD  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

SOFT CHECK: IF NUMBER OF PEOPLE GT 8 **Soft check statement/question**

**IF G6 = 1 GO TO G8.**

**G7. ¿Quién vive en su hogar?**

MARK ALL THAT APPLY

HUSBAND/WIFE/PARTNER.....1  
CHILD OR CHILDREN.....2  
BROTHER(S) OR SISTER(S).....3  
GRANDCHILD OR GRANDCHILDREN.....4  
SON-IN-LAW OR DAUGHTER-IN-LAW.....5  
OTHER RELATIVE.....6  
\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
NON-RELATIVE OR FRIEND.....7  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

**G8. ¿Qué idioma habla principalmente en su hogar?**

CODE ONE ONLY

ENGLISH.....	1
SPANISH.....	2
AMERICAN INDIAN, ALASKA NATIVE LANGUAGE (E.G., CHEROKEE, NAVAJO, YUPIK, YAKAMA).....	3
OTHER EUROPEAN LANGUAGES	
FRENCH (INCLUDES CREOLE).....	4
GERMAN.....	5
GREEK.....	6
ITALIAN.....	7
POLISH.....	8
PORTUGUESE.....	9
RUSSIAN.....	10
SERBO-CROATIAN (INCLUDES BOSNIAN, YUGOSLAVIAN).....	11
ASIAN AND PACIFIC ISLAND LANGUAGES:	
CHINESE (E.G., CANTONESE, MANDARIN).....	12
JAPANESE.....	13
KOREAN.....	14
TAGALOG, FILIPINO.....	15
VIETNAMESE.....	16
OTHER LANGUAGES:	
ARABIC.....	17
HINDU, URDU.....	18
AFRICAN LANGUAGE (E.G., SWAHILI, YORUBA).....	19
ALL OTHER NON-ENGLISH LANGUAGES (SPECIFY).....	20
OTHER (SPECIFY).....	99
_____ (STRING (NUM))	
DON'T KNOW.....	d
REFUSED.....	r

**G11. ¿Hay una computadora que usted puede usar, ya sea en su hogar, en la biblioteca o en algún otro lugar?**

- YES.....1
- NO.....0 GO TO H1
- DON'T KNOW.....d GO TO H1
- REFUSED.....r GO TO H1

IF USE A COMPUTER: G11 = 1

**G12. ¿Dónde usa una computadora con más frecuencia?**

CODE ONE ONLY

- MY HOME.....1
- FRIEND OR RELATIVE'S HOME.....2
- LIBRARY.....3
- SENIOR OR COMMUNITY CENTER.....4
- OTHER (SPECIFY).....99
- \_\_\_\_\_ (STRING (NUM))
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

IF USE A COMPUTER: G11 = 1

**G12a. ¿Con qué frecuencia usa usted la computadora?**

CODE ONE ONLY

- DAILY.....1
- A FEW TIMES A WEEK.....2
- ONCE A WEEK.....3
- LESS OFTEN THAN ONCE A WEEK.....4
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

**H. HOUSEHOLD FOOD SECURITY**  
(ALL RESPONDENTS)

ALL

FILL CONDITION: NUMBER OF PEOPLE IN HH (G6)

Las próximas preguntas son acerca de los alimentos que comieron en su hogar en los últimos 30 días y si usted podía permitirse comprar toda la comida que necesitaba.

**H1. Le voy a leer dos oraciones que la gente ha dicho acerca de su situación de comida. Para estas oraciones, por favor dígame si la oración era FRECUENTEMENTE, A VECES ó NUNCA cierta (para usted/usted y los otros miembros de su hogar) en los últimos 30 días.**

La primera oración es, “La comida que (compré/compramos) no duró mucho, y no había dinero para comprar más.” ¿Esto fue frecuentemente, a veces, o nunca cierto para (usted/su hogar) en los últimos 30 días?

CODE ONE ONLY

- OFTEN TRUE.....1
- SOMETIMES TRUE.....2
- NEVER TRUE.....3
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: G6

**H2. “(Yo/Nosotros) no (tenía/teníamos) lo suficiente para comer comidas balanceadas (nutritivas).” ¿Esto fue frecuentemente, a veces, o nunca cierto para (usted/su hogar) en los últimos 30 días?**

CODE ONE ONLY

- OFTEN TRUE.....1
- SOMETIMES TRUE.....2
- NEVER TRUE.....3
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: DATE, G6

**H3. En los últimos 30 días, desde [fecha hace 30 días], ¿(usted/usted u otros adultos en el hogar) alguna vez (comió/comieron) menos o no (comió/comieron) desayuno, almuerzo, o cena porque no había suficiente dinero para la comida?**

YES.....1  
NO.....0 GO TO H5  
DON'T KNOW.....d GO TO H5  
REFUSED.....r GO TO H5

IF H3 = YES

**H4. ¿Cuántos días pasó eso en los últimos 30 días?**

|\_|\_| DAYS (NUMBER RANGE)

DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

**H5. En los últimos 30 días, ¿comió usted menos de lo que pensaba que debía porque no había suficiente dinero para comprar comida?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

**H6. En los últimos 30 días, ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no había suficiente dinero para comida?**

YES.....1  
NO.....0  
DON'T KNOW.....d  
REFUSED.....r

FILL CONDITION: DATE

**H7. En los últimos 12 meses, desde [FILL MONTH AND YEAR], ¿usted o cualquier otro adulto en su hogar obtuvo comida de emergencia de . . .**

MARK ONE PER ROW

	YES	NO	DK	REF
a. una iglesia, sinagoga o mezquita?.....	1	0	d	r
b. una despensa general o “food pantry”?.....	1	0	d	r
c. un banco de comida?.....	1	0	d	r

IF H7a, H7b, or H7c = 1

**H8. ¿Con qué frecuencia obtuvo usted esta comida – casi cada mes, durante algunos meses pero no todos los meses o solamente en uno ó dos meses?**

CODE ONE ONLY

- ALMOST EVERY MONTH.....1
- SOME MONTHS BUT NOT EVERY MONTH.....2
- ONLY 1 OR 2 MONTHS.....3
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

FILL CONDITION: DATE

**H9. En los últimos 12 meses, desde [FILL MONTH AND YEAR], ¿usted u otros miembros de su hogar comieron alguna vez una comida en un comedor popular o “soup kitchen”?**

- YES.....1
- NO.....0
- DON'T KNOW.....d
- REFUSED.....r

I. RESPONDENT CONTACT INFORMATION

ALL RESPONDENTS

INSERT ENTRANCE CONDITION

INSERT FILL CONDITION OR DELETE ROW

CONFIRM ADDRESS FOR POST-PAY INCENTIVE

COLLECT/CONFIRM CURRENT CONTACT INFORMATION FOR RESPONDENT

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
FIRST NAME

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
MIDDLE INITIAL/NAME

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
LAST NAME

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
ADDRESS 1

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
ADDRESS 2

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
CITY

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
STATE/TERRITORY

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
ZIP CODE (+ 4 IF NEEDED)

|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| TELEPHONE NUMBER: HOME

|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| TELEPHONE NUMBER: CELLULAR

|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| TELEPHONE NUMBER: OTHER  
(RANGE) (RANGE) (RANGE)

\_\_\_\_\_(STRING (NUM))  
EMAIL

HARD CHECK: IF ZIP CODE = **Hard check statement/question**