



LANGUAGE, DISABILITY, AND CHILDCARE SURVEY

The City of Boston is collecting this information to support the needs of all residents. This survey focuses on language, disability, and childcare services. Please, check any and all that apply.

This survey form is optional and anonymous

1. In which neighborhood do you live?

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allston | <input type="checkbox"/> Downtown | <input type="checkbox"/> Mattapan | <input type="checkbox"/> South Boston Waterfront/
Fort Point |
| <input type="checkbox"/> Back Bay | <input type="checkbox"/> Dorchester | <input type="checkbox"/> Mission Hill-Longwood | <input type="checkbox"/> South End |
| <input type="checkbox"/> Bay Village | <input type="checkbox"/> East Boston | <input type="checkbox"/> North End | <input type="checkbox"/> West End |
| <input type="checkbox"/> Beacon Hill | <input type="checkbox"/> Fenway-Kenmore | <input type="checkbox"/> Roslindale | <input type="checkbox"/> West Roxbury |
| <input type="checkbox"/> Brighton | <input type="checkbox"/> Hyde Park | <input type="checkbox"/> Roxbury | |
| <input type="checkbox"/> Charlestown | <input type="checkbox"/> Jamaica Plain | <input type="checkbox"/> South Boston | |
| <input type="checkbox"/> Chinatown | <input type="checkbox"/> Leather District | | |

2. Questions for all residents. Person 1 is the individual who owns, buys, or rents this household. If there is no such person, start with any adult.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Year of birth					
Primary language(s) used other than English					
English Proficiency					
Speaks English very well					
Speaks English well					
Does not speak English well					
Does not speak English at all					
Disability					
Is Deaf or has hearing difficulty					
Is Blind or has vision difficulty					
Has independent living difficulty					
Has cognitive difficulty					
Has mobility disability					
Has self-care difficulty					

3. Questions for parents/guardians of children five and under.

	Child 1	Child 2	Child 3	Child 4	Child 5
Child date of birth (MM/DD/YYYY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Do you receive a childcare subsidy/voucher?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
What is your current childcare arrangement for each child?					
Parent/guardian exclusively					
Neighbor, friend, or family					
Nanny or babysitter in my home					
Home-based provider program/family child care					
Center-based program					
Public school/Head Start program					
Other (please specify):					
What difficulties do you experience with childcare?					
Too difficult to find					
Not affordable					
Too far/hard to access from home or work					
Not as high quality as I would prefer					
Not licensed					
Does not fit family/work schedule					
Parent/guardian stays home to care for child but needs/wants to work <small>Specify gender of parent/guardian</small>					
Other (please specify):					
What other difficulties do you experience with childcare?					



ENCUESTA SOBRE IDIOMA, DISCAPACIDAD Y SERVICIOS DE GUARDERÍA

La Ciudad de Boston está solicitando esta información para saber cómo apoyar las necesidades de todos los residentes. Esta encuesta se enfoca en temas de idioma, discapacidades y servicios de cuidado infantil. Por favor seleccione todas las opciones que apliquen a su situación.

Esta encuesta es opcional y anónima.

1. ¿En qué vecindario vive?

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allston | <input type="checkbox"/> Downtown | <input type="checkbox"/> Mattapan | <input type="checkbox"/> South Boston Waterfront/
Fort Point |
| <input type="checkbox"/> Back Bay | <input type="checkbox"/> Dorchester | <input type="checkbox"/> Mission Hill-Longwood | <input type="checkbox"/> South End |
| <input type="checkbox"/> Bay Village | <input type="checkbox"/> East Boston | <input type="checkbox"/> North End | <input type="checkbox"/> West End |
| <input type="checkbox"/> Beacon Hill | <input type="checkbox"/> Fenway-Kenmore | <input type="checkbox"/> Roslindale | <input type="checkbox"/> West Roxbury |
| <input type="checkbox"/> Brighton | <input type="checkbox"/> Hyde Park | <input type="checkbox"/> Roxbury | |
| <input type="checkbox"/> Charlestown | <input type="checkbox"/> Jamaica Plain | <input type="checkbox"/> South Boston | |
| <input type="checkbox"/> Chinatown | <input type="checkbox"/> Leather District | | |

2. Preguntas para todos los residentes. *Persona 1 se refiere al propietario o a la persona que haya comprado o esté rentando la vivienda.*

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 3	Persona 3
Año de nacimiento					
Idiomas que utiliza diferentes al inglés					
Dominio del inglés					
Habla inglés muy bien					
Habla bien inglés					
No habla bien inglés					
No habla inglés					
Discapacidad					
Es sordo o tiene dificultades auditivas					
Es ciego o tiene dificultades de visión					
Tiene dificultad para vivir independientemente					
Tiene dificultad cognitiva					
Tiene dificultades de movilidad					
Tiene dificultades para el autocuidado					

3. Preguntas para padres o tutores de niños de 5 años y menores. Marque cualquier y todas las opciones aplicables a cada niño.

	Niño 1	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Niño 5
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
¿Recibe subsidio/voucher para el cuidado de sus hijo(a)	S / N	S / N	S / N	S / N	S / N
¿Qué tipo de cuidado de niños utiliza para cada hijo(a)?					
Padre, madre o tutor exclusivamente					
Vecino, amigo o familiar					
Niñero(a) en mi hogar					
Cuidado en el hogar del niñero(a)					
Centro infantil/guardería privada					
Escuela pública o programa Head Start					
Otro (favor especificar):					
¿Qué dificultades está experimentando con el cuidado de sus niños?					
Difícil de encontrar					
No es asequible (muy caro)					
Muy lejos/difícil de acceder desde casa/trabajo					
No es de la calidad que desearía					
No tiene licencia					
No coincide con horario familiar/de trabajo					
Padre/madre o tutor dejó de trabajar para cuidar al niño(a) pero necesita/prefiere trabajar					
Especifique sexo de persona que dejó actividad laboral.					
Otro (favor especificar):					
¿Qué otras dificultades enfrenta con respecto al cuidado de sus hijos de 5 años y menores?					