

EVALUACIÓN DE WORK LIFE INITIATIVE

Gracias por participar en el Programa de Evaluación y Premios de Work Life Initiative.

Este programa forma parte de la iniciativa de Innovación en el Lugar de Trabajo y la Fuerza Laboral de la Cámara de Comercio Metro de Santa Rosa, financiada por First 5 Sonoma County y la Medida I.

Sus respuestas nos ayudarán a evaluar el compromiso de su organización con el bienestar de sus empleados y a determinar si cumple con los requisitos para recibir un Premio Work Life Initiative.

Solicitamos que esta encuesta sea completada por una persona encargada de Recursos Humanos, un miembro del equipo ejecutivo o alguien que conozca a fondo los beneficios que ofrece su organización, como los horarios de trabajo flexibles, la licencia familiar pagada, el apoyo para el cuidado infantil, el bienestar de los empleados y la cultura laboral.

Nota: SurveyMonkey le permite salir de la encuesta y regresar para terminarla más tarde ÚNICAMENTE si utiliza el mismo enlace, dispositivo y navegador.

Al enviar esta encuesta, autoriza a la Cámara de Comercio Metro de Santa Rosa a compartir respuestas anónimas con los colaboradores y financiadores del programa para fines de evaluación, preparación de informes, mejora continua y comunicación del impacto de Work Life Initiative. Toda información compartida públicamente o con los colaboradores del programa será anónima. El nombre de su organización y cualquier otra información que permita identificarla se eliminarán o se combinarán con otros datos para proteger su confidencialidad.

Recibirá información de seguimiento sobre la elegibilidad de su organización para recibir un Premio Work Life Initiative.

Nuevamente, gracias por su participación.

Cámara de Comercio Metro de Santa Rosa

**Preguntas: Denise Aver-Phillips, Gerente de Relaciones Empresariales,
denisea@santarosametrochamber.com o 707-636-2841.**

PERFIL DE LA EMPRESA

*** 1. Nombre de la empresa u organización:**

* 2. Dirección de la empresa:

Dirección, número de suite:

Cuidad:

Estado:

Código postal:

* 3. Contacto principal (nombre y apellido):

* 4. Cargo:

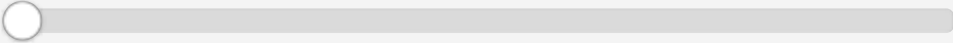
* 5. Número de teléfono directo:

* 6. Correo electrónico:

* 7. ¿A qué sector pertenece su empresa?

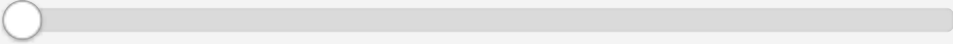
* 8. Número de empleados de tiempo completo en su nómina:

1 10,000

A horizontal slider control with a circular knob on the left and a rectangular input box on the right. The slider bar is light gray, and the knob is white with a gray border. The numbers 1 and 10,000 are positioned at the ends of the slider.

* 9. Número de empleados de medio tiempo en su nómina:

1 10,000

A horizontal slider control with a circular knob on the left and a rectangular input box on the right. The slider bar is light gray, and the knob is white with a gray border. The numbers 1 and 10,000 are positioned at the ends of the slider.

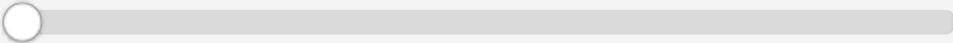
* 10. ¿Contrata trabajadores por temporada?

☐ Sí

☐ No

11. Si contrata trabajadores de temporada, ¿cuántos contrata normalmente cada año?

1 to 5,000



* 12. ¿En qué año se estableció su empresa? (Ejemplo: 1966)

* 13. Antes de hoy, ¿había escuchado hablar de First 5 Sonoma County?

☐ Sí

☐ No

* 14. Antes de hoy, ¿había escuchado hablar de la Medida I?

☐ Sí

☐ No

* 15. Antes de hoy, ¿había escuchado hablar de la Cámara de Comercio Metro de Santa Rosa?

☐ Sí

☐ No

ENCUESTAS PARA EMPLEADOS

* 16. ¿Realiza encuestas a sus empleados sobre los beneficios laborales?

☐ Sí

☐ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

CUIDADO INFANTIL CON APOYO DEL EMPLEADOR

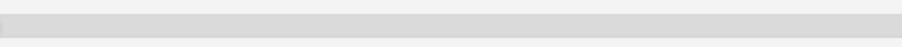
* 17. ¿Su lugar de trabajo ofrece alguno de los siguientes beneficios de cuidado infantil?
Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Cuidado infantil en el lugar de trabajo
- ☐ Convenio o subsidio para cuidado infantil cerca del lugar de trabajo
- ☐ Vales, apoyos económicos o reembolsos para cuidado infantil
- ☐ Descuentos en servicios de cuidado infantil
- ☐ Cupos garantizados o patrocinados para cuidado infantil, pagados por la empresa
- ☐ Referencias a servicios de cuidado infantil
- ☐ Cuidado infantil de respaldo o de emergencia, o permiso para llevar a los hijos al trabajo
- ☐ Cuentas Flexibles de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCFSA)
- ☐ Cuentas Flexibles de Gastos para el Cuidado de Dependientes (DCFSA) subsidiadas por el empleador
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

18. Si respondió “sí” a los subsidios para cuidado infantil, ¿qué cantidad en dólares se ofrece a cada empleado?

\$1

\$25,000



* 19. Si una escuela cierra inesperadamente, ¿se permite que los empleados hagan alguna de las siguientes cosas? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Trabajar desde casa o traer al hijo/a al trabajo
- ☐ Ajustar su horario de trabajo para recuperar las horas
- ☐ Tomarse el día libre con goce de sueldo
- ☐ Recibir referencias del empleador para cuidado infantil de emergencia o de respaldo
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

20. Explique brevemente qué dificultades enfrenta su empresa si no puede ofrecer alguno de los beneficios de cuidado infantil con apoyo del empleador mencionados anteriormente

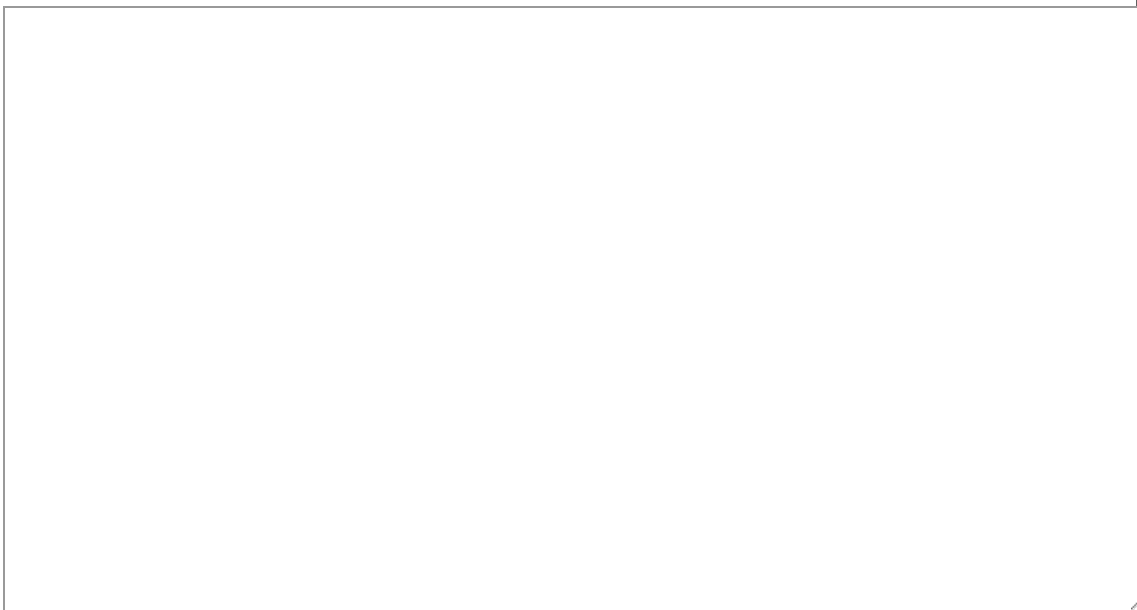
APOYO PARA MADRES Y PADRES RECIENTES

* 21. ¿Qué tipo de apoyo ofrece a quienes acaban de ser madres o padres y a las personas que amamantan? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Tiempo de descanso razonable para que las empleadas puedan extraerse leche, amamantar o, en el caso de quienes no amamantan, alimentar a sus hijos y fortalecer el vínculo con ellos
- ☐ Espacio adecuado para extraerse leche, es decir, un lugar fuera de la vista, sin interrupciones, disponible cuando se necesite y que no sea un baño
- ☐ Espacio privado con lavabo
- ☐ Lugar adecuado para guardar leche materna o fórmula, como un refrigerador o una hielera pequeña
- ☐ Política de lactancia y declaración de apoyo para madres y padres recientes, entregadas al momento de la contratación y al regresar de una licencia
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

22. ¿Ofrece tareas adaptadas a las empleadas embarazadas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro — especifique



23. ¿Permite que los empleados lleven a sus bebés o hijos al trabajo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro — especifique



24. ¿Ofrece un programa de regreso al trabajo para facilitar la transición de las madres y los padres recientes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otro — especifique

* 25. ¿Ofrece un Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés)?

- ☐ Sí
- ☐ No

26. Si ofrece un EAP, marque todos los tipos de educación o capacitación adicional que ofrece a madres, padres y personas cuidadoras, más allá del programa:

- ☐ Crianza de los hijos
- ☐ Lactancia
- ☐ Planificación financiera
- ☐ Cuidado personal
- ☐ Manejo del sueño
- ☐ Manejo del estrés
- ☐ Grupos de apoyo
- ☐ Consejería sobre salud mental, familia, cónyuge o pareja
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

27. Explique brevemente qué dificultades enfrenta su empresa si no puede ofrecer alguno de los beneficios de apoyo para madres y padres recientes mencionados anteriormente.

BIENESTAR

* 28. ¿Se ofrecen beneficios a cónyuges, parejas domésticas y/o dependientes?

☐ Sí

☐ No

* 29. ¿Cuáles de los siguientes beneficios ofrece a sus empleados? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Seguro médico
- ☐ Seguro dental
- ☐ Seguro de la vista
- ☐ Seguro de vida
- ☐ Seguro de cuidados a largo plazo
- ☐ Cuenta Flexible de Gastos de Salud (FSA)
- ☐ Plan de jubilación o pensión
- ☐ Beneficios para tratamientos de fertilidad
- ☐ Beneficios para adopción
- ☐ Beneficios por incapacidad a corto plazo
- ☐ Reembolso de matrícula mediante un programa de asistencia educativa conforme a la Sección 127 del IRS
- ☐ Reembolso de matrícula fuera de un programa conforme a la Sección 127 del IRS
- ☐ Plan de ahorro para estudios universitarios (plan 529)
- ☐ Programa de bienestar en el lugar de trabajo
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

30. Si indicó que ofrece seguro médico, ¿paga el 90% o más de la prima del seguro médico del empleado?

- ☐ Sí
- ☐ No

31. Si ofrece aportaciones para la jubilación, ¿son iguales o superiores al 5%?

- ☐ Sí
- ☐ No

32. Si respondió "sí" a un programa de asistencia educativa conforme a la Sección 127, ¿qué cantidad aporta por empleado al año?

\$1 \$5,250

33. Si respondió "sí" a un programa de asistencia educativa conforme a la Sección 127, ¿qué cantidad aporta por empleado al año?

\$1 \$50,000

* 34. ¿Ofrece beneficios pagados total o parcialmente a sus empleados y/o sus dependientes? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Empleados asalariados de tiempo completo
- ☐ Empleados asalariados de medio tiempo
- ☐ Empleados por hora de tiempo completo
- ☐ Empleados por hora de medio tiempo
- ☐ Ninguna de las anteriores

35. Si su organización ofrece seguro médico para dependientes, ¿qué porcentaje de la prima paga?

- ☐ 0%
- ☐ 1% - 24%
- ☐ 25% - 49%
- ☐ 50% - 74%
- ☐ 75%-100%

36. ¿Ofrece servicios o acceso a programas que promueven una cultura laboral inclusiva y diversa? En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Programas de aprendizaje de idiomas
- ☐ Grupos de recursos para empleados
- ☐ Programas de mentoría para empleados BIPOC (personas negras, indígenas y de color)
- ☐ Capacitación sobre prejuicios y antirracismo
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

37. Explique brevemente qué dificultades enfrenta su empresa si no puede ofrecer alguno de los beneficios de bienestar mencionados anteriormente.

TIEMPO LIBRE

* 38. ¿Qué tipos de licencia o tiempo libre ofrece a sus empleados? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Licencia familiar pagada
- ☐ Licencia por enfermedad pagada, que puede estar incluida en el tiempo libre pagado (PTO)
- ☐ Vacaciones pagadas, que pueden estar incluidas en el tiempo libre pagado (PTO)
- ☐ Licencia personal
- ☐ Licencia bajo la FMLA de menos de 12 semanas
- ☐ Licencia bajo la FMLA de más de 12 semanas
- ☐ Tiempo libre sin goce de sueldo
- ☐ Permiso relacionado con hijos en edad escolar
- ☐ Permiso para prácticas religiosas
- ☐ Licencia por duelo
- ☐ Permiso para servicio comunitario
- ☐ Licencia sabática
- ☐ Licencia para sobrevivientes de violencia doméstica, agresión sexual o acecho
- ☐ Ninguna de las anteriores

39. Durante una licencia familiar, ¿su organización complementa los beneficios de la Licencia Familiar Pagada de California pagando a los empleados una cantidad mayor que el beneficio estatal?

- ☐ Sí, reemplazo parcial del salario
- ☐ Sí, los empleados reciben el 100% de su salario habitual
- ☐ No

40. ¿Su organización ofrece tiempo adicional de licencia familiar además de lo que exige California?

- ☐ Sí, con goce de sueldo
- ☐ Sí, sin goce de sueldo
- ☐ No

41. Si respondió “sí” a las vacaciones pagadas o al tiempo libre pagado (PTO), ¿qué porcentaje de todo el PTO acumulado por sus empleados durante el último año de beneficios utilizaron?

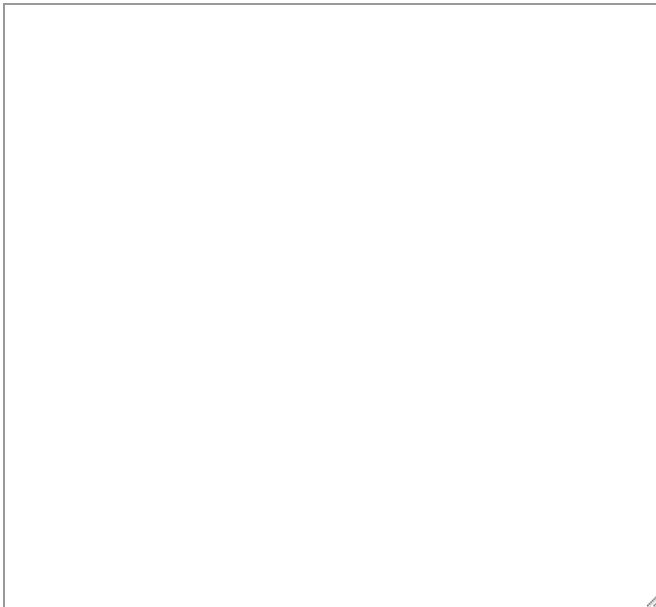
- ☐ Menos del 50%
- ☐ Del 51% al 84%
- ☐ 85% o más
- ☐ No llevamos un registro del uso del PTO

42. Explique brevemente qué dificultades enfrenta su empresa si no puede ofrecer alguno de los beneficios de tiempo libre o licencia mencionados anteriormente.

FLEXIBILIDAD

* 43. ¿Qué opciones de trabajo flexible ofrece a sus empleados? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Flexibilidad ocasional
- ☐ Permiso durante el horario laboral para citas médicas y/o personales
- ☐ Horario base (Establezca horas específicas en las que los empleados deben estar disponibles para trabajar y/o para reuniones o recibir retroalimentación)
- ☐ Puesto compartido
- ☐ Opciones de trabajo de medio tiempo
- ☐ Semana laboral alternativa o con horario comprimido
- ☐ Regreso gradual al trabajo después de una licencia
- ☐ Trabajo durante parte del día y/o parte del año para ajustarse a los horarios escolares
- ☐ Permiso durante el día laboral para asistir a reuniones escolares o conferencias de padres y maestros
- ☐ Trabajo a distancia
- ☐ Teletrabajo ocasional
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique



* 44. ¿Su lugar de trabajo cuenta con una política escrita que describa las opciones de trabajo flexible?

- ☐ Sí
- ☐ No

* 45. ¿Qué opciones de programación de horarios ofrece a sus empleados? Marque todas las opciones que correspondan

- ☐ Aviso anticipado del horario de trabajo, con por lo menos 14 días de anticipación
- ☐ Estimación por escrito de las horas de trabajo programadas, entregada al momento de la contratación
- ☐ “Pago por previsibilidad” cuando no se avisa con suficiente anticipación sobre el horario de trabajo
- ☐ Derecho al descanso entre turnos, sin requerir que un empleado trabaje un turno de cierre seguido de uno de apertura
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otro — especifique

46. Explique brevemente qué dificultades enfrenta su empresa si no puede ofrecer alguno de los beneficios de flexibilidad mencionados anteriormente.

APOYO CREATIVO E INNOVADOR

47. Si alguna de estas opciones aplica, describa brevemente cada apoyo y explique por qué considera que es creativo o innovador.

Apoyo centrado en la equidad o específico para ciertas culturas, según lo informado por la organización

Beneficios familiares poco comunes y exclusivos de su organización

Orientación para acceder a recursos comunitarios y/o alianzas, por ejemplo, 4Cs o ayuda para la vivienda

Beneficios o políticas diseñados específicamente para trabajadores de temporada o con modalidades de trabajo no tradicionales

Otro — especifique

* 48. ¿Ofrece a sus empleados algún otro tipo de apoyo creativo o innovador, o beneficios adicionales? De ser así, descríbalos en detalle.

☐ No

☐ Sí (describa cada apoyo en detalle)

*****GRACIAS!*****