



APLICACIÓN PARA EL CONDADO SNOHOMISH Premio Al Lugar de Trabajo Amigable Con la Lactancia Materna

La Coalición de Lactancia del Condado de Snohomish desea honrar a las empresas de nuestro condado que ayudan a apoyar a los empleados que amamantan a sus bebés. Los empleadores nominados luego seleccionados por un comité de revisión recibirán un certificado enmarcado y un comunicado por escrito para los medios locales. **Las personas que completen una solicitud pueden permanecer en el anonimato si así lo desean.**

Enviar nominaciones por correo a:

BCSC Survey c/o Cascade Baby
PO Box 14604, Mill Creek, WA 98082

O complete este formulario en Internet en:

www.breastfeedingsnoco.org/workplacesurvey

**TODAS LAS NOMINACIONES DEBEN RECIBIRSE
ANTES DEL 4 DE JULIO
LOS PREMIOS SE PRESENTARÁN EN AGOSTO**

Tengo experiencia con el apoyo de amamantamiento de este empleador:

- Como madre lactante o embarazada Debido a mis responsabilidades de trabajo
 Como un compañero de trabajo

Nombre de la compañía: _____

La mejor manera de contactar a la compañía para evitar premios:

teléfono: _____ correo electrónico: _____

Persona / personas (si corresponde) que merecen un reconocimiento especial por su apoyo:

Política

¿Su empleador describe su apoyo a la lactancia materna en una política?

- No Sí

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda

- Política escrita
 La política se comunica a todos los empleados
 La política incluye soluciones creativas para superar las barreras específicas del lugar de trabajo (ejemplos: bebés permitidos en el trabajo, o pueden ser traídos por otros cuidadores durante los descansos)
 La política apoya un ambiente amigable para la lactancia materna a través de la educación de todo el personal
 La política apoya la lactancia durante el tiempo que los padres deseen (no solo un año)
 Otro _____

Ubicación

¿Su empleador proporciona un lugar seguro y privado que no es un baño para extraer leche?

- No Sí

En caso afirmativo, marque todos los que correspondan: (Continúa en la siguiente página)

- Cerca de mi espacio de trabajo Silla cómoda toma de corriente eléctrica
 Mesa pequeña

- Refrigerador o enfriador para almacenamiento de leche
- Cerca de lavabo con agua corriente o toallitas desinfectantes disponibles
- El espacio es estéticamente agradable
- El espacio está disponible siempre que sea necesario
- El espacio se comparte para otros fines (ejemplos: armario de almacenamiento, sala de reuniones)
- El espacio se prioriza para madres lactantes
- Otro: _____

Logística

¿Ofrece su empleador las siguientes opciones que respaldan la continuación de la lactancia?

- Tiempo de descanso para extraer leche
 - los descansos son pagados los descansos no son pagados
 - los descansos son flexibles y están disponibles siempre que sea necesario para extraer leche
- El seguro de salud provisto por la compañía cubre la doble máquina eléctrica para extraer leche
- El empleador proporciona una máquina multiusuario para extraer leche en la oficina
- Horas de trabajo flexibles
- Capacidad de trabajar a tiempo parcial o regresar al trabajo gradualmente
- Horario flexible, trabajo a distancia, trabajo desde casa o trabajo compartido
- Tiempo libre de maternidad (sin incluir pago por enfermedad, vacaciones o discapacidad)
 - Pagado No pagado Duración del tiempo de maternidad: _____
- Tiempo de paternidad
- Guardería infantil en el lugar de trabajo
- Programa "Bebé en el trabajo"
- Otro (por favor explique): _____

Soporte comunitario

¿Cuál de las siguientes opciones brinda su empleador a las empleadas embarazadas y en período de lactancia?

- Lista de servicios locales de lactancia materna (grupos, reuniones de la Liga de La Leche, información de contacto del IBCLC)
- Paquete educativo que promueve los beneficios de la lactancia materna
- Aliento para unirse a una clase de lactancia materna, ver a un IBCLC (asesor de lactancia) o recibir otro apoyo de buena calidad
- Servicios de asesoría de lactancia (IBCLC) pagados por el empleador o cubiertos a través del seguro de salud del empleador
- Otro (por favor explique): _____

¿Se sintió apoyado para continuar amamantando con su:

- ¿Compañeros de trabajo? Si No
- Gerente / Supervisor? Si No

¿Tiene algún comentario adicional sobre su experiencia con su empleador con respecto a la accesibilidad a la lactancia materna?

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. La información que ha proporcionado ayudará a la Coalición de Lactancia Materna del Condado de Snohomish a reconocer a los empleadores que apoyan la lactancia materna..