

**Balance del Estado de PA 2023: Encuesta puntual sobre las personas en situación de calle - 25-01-2023**  
**Formulario de entrevistas - REFUGIO DE EMERGENCIA**

**Preguntas de la entrevista**

- ¿Ya alguna persona contestó el formulario de entrevista con usted?  Sí  No
  - Si la entrevista se la hizo alguien en este refugio (por favor no continúe la encuesta)
  - Si la entrevista se la hicieron en otro lugar, ¿dónde fue? \_\_\_\_\_
- Incluyéndose, ¿cuántos adultos y niños hay en su grupo familiar que dormirán en este refugio esta noche? # de adultos (mayores de 18 años) = \_\_\_\_\_ # niños (menores de 18 años) = \_\_\_\_\_
- Indíqueme la siguiente información sobre cada integrante del grupo familiar que dormirá en este refugio con usted esta noche: (Anexe formularios adicionales si hay más de cinco personas en el grupo familiar):

**NOTA para el entrevistador: Si no se contesta alguna de las preguntas relacionadas con la edad, seleccione una respuesta con base en su observación.**

# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
<b>Indique la EDAD de cada integrante del grupo familiar.</b>				
Edad: _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44	Edad: _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44	Edad: _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44	Edad: _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44	Edad: _____ Si está estimando la edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 65 o más <input type="checkbox"/> 35-44

<b>Indique la ETNICIDAD de cada integrante del grupo familiar.</b>				
<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / no latino	<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / no latino	<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / no latino	<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / no latino	<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / no latino

<b>Indique la RAZA de cada integrante del grupo familiar. Seleccione todas las opciones que correspondan.</b>				
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico

<b>Por favor indique el GÉNERO de cada integrante del grupo familiar.</b>				
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género distinto a únicamente femenino o masculino <input type="checkbox"/> En exploración	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género distinto a únicamente femenino o masculino <input type="checkbox"/> En exploración	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género distinto a únicamente femenino o masculino <input type="checkbox"/> En exploración	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género distinto a únicamente femenino o masculino <input type="checkbox"/> En exploración	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género distinto a únicamente femenino o masculino <input type="checkbox"/> En exploración

**Instrucciones: Haga todas las preguntas restantes solo a los integrantes adultos del grupo familiar y/o a menores de 18 años de edad si son la cabeza del grupo familiar**

<b>¿Cuándo fue la última vez en que durmió en alguna de las siguientes ubicaciones: casa o apartamento, independientemente de que fuera de su propiedad o no o de que alguien más viviera allí? O una habitación de hotel pagada por usted, su familia o amigos?</b>				
<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Hace menos de un año <input type="checkbox"/> Un año o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

<b>En los últimos tres años, ¿durante cuántos períodos distintos ha dormido en un refugio, en la calle, en un automóvil, en el bosque/carpa o cualquier otra ubicación no destinada para dormir?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez) <input type="checkbox"/> 2 – 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

# 1 Iniciales: _____	# 2 Iniciales: _____	# 3 Iniciales: _____	# 4 Iniciales: _____	# 5 Iniciales: _____
<b>(SI ESTUVO EN SITUACIÓN DE CALLE 4 VECES O MÁS): En los últimos tres años, ¿cuántos meses en total ha dormido en un refugio, en la calle, en un automóvil, en el bosque o cualquier otro lugar no protegido?</b>				
<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> 1 – 11 meses <input type="checkbox"/> 12 meses o más <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>Instrucciones:</b> Por motivos de seguridad, no haga la siguiente pregunta en frente de dos adultos que se hayan identificado como parte del mismo grupo familiar; si se está entrevistando conjuntamente a dos adultos o más, omita esta pregunta. ¿Tuvo que dejar el lugar donde se quedó por última vez debido a que alguien le hizo sentirse inseguro? ¿Siente que no puede regresar allí porque se siente inseguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se preguntó				
<b>Si contestó que sí se sentía inseguro,</b> haga la siguiente pregunta: <b>¿Le gustaría conversar con alguien que pueda hablarle sobre cómo incrementar su seguridad?</b> En caso afirmativo, dirija a esta persona a la Línea de Ayuda Telefónica Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233				
<b>Si contestó que sí se sentía inseguro:</b> Gracias por informármelo. Tengo una serie de preguntas sensibles adicionales que debo hacerle. <b>¿Está de acuerdo o siente que contestar preguntas adicionales pondría en peligro su seguridad?</b> <input type="checkbox"/> Sí; puede continuar. <input type="checkbox"/> No, no me siento seguro contestando preguntas adicionales; (dele las gracias a esta persona y finalice la encuesta).				
<b>Si no hizo la pregunta de seguridad o la persona no indicó que se sentía insegura:</b> El siguiente conjunto de preguntas indaga sobre temas sensibles. No está obligado a contestar todas las preguntas, sin embargo sus respuestas se combinarán con las de otras personas que participan en la encuesta y se usarán para ayudar a suministrar mejores programas y servicios a personas que estén en situación de calle.				
<b>¿Consume bebidas alcohólicas o drogas (de prescripción médica o ilegales por motivos que no sean médicos)?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Tiene alguna condición de salud mental (como depresión, ansiedad, esquizofrenia)?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Tiene alguna discapacidad física? ¿Esto pudiera incluir algo que limite sustancialmente una o más actividades físicas básicas como caminar, subir escaleras, alcanzar cosas elevadas, levantar o llevar cosas?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Algunas de las situaciones que recién discutimos evitan que usted permanezca en un trabajo o que viva en una vivienda estable?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Sí: Salud mental <input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Sí: Salud mental <input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Sí: Salud mental <input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Sí: Salud mental <input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga <input type="checkbox"/> Sí: Salud mental <input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Se le ha diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Recibe algún beneficio por discapacidad, como beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) o Compensación de Discapacidad del Veterano?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>¿Prestó SERVICIO MILITAR ACTIVO como integrante del Ejército, la Marina, el cuerpo de Marines, la Fuerza Aérea, los Guardacostas, la Guardia Nacional o la Reserva?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar
<b>Para personas con servicio militar anterior,</b> pregunte lo siguiente: <b>¿Le gustaría que le diéramos el nombre de una persona que trabaja con veteranos para suministrar recursos de vivienda?</b> ➤ En caso afirmativo, dirija a este veterano al <b>Centro de Ayuda Telefónica Nacional para Veteranos en Situación de Calle al 1-877-4AID-VET</b>				