

CONDADO: _____ NOMBRE DE LA AGENCIA: _____
 NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

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

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:** _____

Indique la EDAD de cada integrante del grupo familiar.

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
---	---	---	---	---

Indique la ETNICIDAD de cada integrante del grupo familiar.

<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
--	--	--	--	--

Indique la RAZA de cada integrante del grupo familiar. Seleccione todas las opciones que correspondan.

<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
---	---	---	---	---

Por favor indique el GÉNERO de cada integrante del grupo familiar.

<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

Instrucciones: 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 a 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? Sí No No se preguntó

Si contestó que sí se sentía inseguro, haga la siguiente pregunta: ¿Le gustaría conversar con alguien que pueda hablarle sobre cómo incrementar su seguridad? En caso afirmativo, dirija a esta persona a la Línea de Ayuda Telefónica Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233

Si contestó que sí se sentía inseguro: Gracias por informármelo. Tengo una serie de preguntas sensibles adicionales que debo hacerle. ¿Está de acuerdo o siente que contestar preguntas adicionales pondría en peligro su seguridad?

Sí; puede continuar. No, no me siento seguro contestando preguntas adicionales; (dele las gracias a esta persona y finalice la encuesta).

Si no hizo la pregunta de seguridad o la persona no indicó que se sentía insegura: 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.

1 Iniciales: _____ # 2 Iniciales: _____ # 3 Iniciales: _____ # 4 Iniciales: _____ # 5 Iniciales: _____

¿Consumo bebidas alcohólicas o drogas (de prescripción médica o ilegales por motivos que no sean médicos)?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿Tiene alguna condición de salud mental (como depresión, ansiedad, esquizofrenia)?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿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?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿Algunas de las situaciones que recién discutimos evitan que usted permanezca en un trabajo o que viva en una vivienda estable?

<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga	<input type="checkbox"/> Sí: Alcohol / droga
<input type="checkbox"/> Sí: Condición psiquiátrica/emocional	<input type="checkbox"/> Sí: Condición psiquiátrica/emocional	<input type="checkbox"/> Sí: Condición psiquiátrica/emocional	<input type="checkbox"/> Sí: Condición psiquiátrica/emocional	<input type="checkbox"/> Sí: Condición psiquiátrica/emocional
<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Sí: Discapacidad física
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿Se le ha diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿Tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿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?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

¿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?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar	<input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar

Para personas con servicio militar anterior, pregunte lo siguiente: ¿Le gustaría que le diéramos el nombre de una persona que trabaja con veteranos para suministrar recursos de vivienda?

➤ En caso afirmativo, dirija a este veterano al **Centro de Ayuda Telefónica Nacional para Veteranos en Situación de Calle al 1-877-4AID-VET**