

CONDADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA AGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROGRAMA: \_\_\_\_\_

**Balance del Estado de PA 2024: Encuesta puntual sobre las personas en situación de calle — 24-01-2024**  
**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: _____	Edad: _____	Edad: _____	Edad: _____	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	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	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	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	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

**Especifique la RAZA/ETNICIDAD de cada integrante del grupo familiar. (Seleccione todas las opciones que corres-pondan.)**

<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano <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"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano <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"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano <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"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano <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"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano <input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano <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. (Seleccione todas las opciones que corres-pondan.)**

<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> En exploración <input type="checkbox"/> Otra identidad	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> En exploración <input type="checkbox"/> Otra identidad	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> En exploración <input type="checkbox"/> Otra identidad	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> En exploración <input type="checkbox"/> Otra identidad	<input type="checkbox"/> Mujer / niña <input type="checkbox"/> Hombre / niño <input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> En exploración <input type="checkbox"/> Otra identidad
--	--	--	--	--

**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: \_\_\_\_\_

**¿Consumes 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: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental	<input type="checkbox"/> Sí: Salud mental
<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

**¿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**