

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

Nombre del entrevistador / número del equipo: \_\_\_\_\_

Fecha / hora: \_\_\_\_\_

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

**PRESENTACIONES**

Hola, soy (preséntese usando su primer nombre). Estamos realizando una encuesta para contabilizar a las personas que están en situación de calle con el fin de aprender más sobre las personas que están en situación de calle, a qué tipos de problemas se enfrentan y comprender mejor qué servicios se necesitan para abordar la situación de calle. Su participación es voluntaria y su respuesta a cada pregunta es voluntaria. Le pediré las iniciales de su nombre y su edad, pero no necesitaré su nombre, fecha de nacimiento, número de seguridad social ni cualquier otra información que pudiera servir para identificarlo. Las respuestas a estas preguntas no se compartirán con nadie fuera de nuestro equipo. Debo leerle cada pregunta por completo.

**PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA**

1. ¿Puedo contar con 10 minutos de su tiempo?  
 Sí → Continúe a la segunda pregunta  
 No → Si la persona no desea contestar la encuesta, o está dormida, complete la sección "Solo observación" abajo.
2. ¿Algún otro voluntario o trabajador de la encuesta ya le hizo las preguntas sobre dónde pernoctará esta noche?  
 Sí (⓪ no siga con la encuesta)  No (continúe a la tercera pregunta)
3. ¿Dónde dormirá/durmió la noche del 24 de enero (inserte: esta noche o anoche)?

| LUGARES NO PROTEGIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | LUGARES PROTEGIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calle / acera<br><input type="checkbox"/> Vehículo (automóvil, camioneta van casa rodante, camión)<br><input type="checkbox"/> Parque<br><input type="checkbox"/> Autobús / estación de tren / aeropuerto<br><input type="checkbox"/> Debajo de un puente / puente elevado<br><input type="checkbox"/> Sitio para acampar a la intemperie o bosque<br><input type="checkbox"/> Detrás de comercios o un centro comercial<br><input type="checkbox"/> Edificio abandonado<br><input type="checkbox"/> Otro. → Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia. Nombre: _____<br><input type="checkbox"/> En un hotel / motel / pensión de alquiler de cuartos:<br>En caso afirmativo, quién pagó por la habitación:<br><input type="checkbox"/> Usted mismo / un amigo / un familiar (PARE. NO SIGA CON LA ENCUESTA*)<br><input type="checkbox"/> iglesia<br><input type="checkbox"/> organización de servicios/caridad<br><input type="checkbox"/> programa gubernamental<br><input type="checkbox"/> No sabe<br><input type="checkbox"/> Otro. → Especifique: _____ |
| <b>Descripción de lugar no protegido e información detallada para asegurarnos de que se cuente a este grupo familiar solo una vez (REQUERIDO).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> En la casa de un familiar o amigo → ⓪<br><b>POR FAVOR MARQUE LA CASILLA, DELE LAS GRACIAS Y NO CONTINÚE CON LA ENCUESTA*</b><br><input type="checkbox"/> En una vivienda que alquilo/soy propietario → ⓪<br><b>POR FAVOR MARQUE LA CASILLA, DELE LAS GRACIAS Y NO CONTINÚE CON LA ENCUESTA*</b><br><small>*NOTA: si todos los integrantes del grupo familiar parecen tener menos de 25 años de edad, salte al ANEXO PARA JÓVENES en la última página</small>                                                                  |

**SOLO OBSERVACIÓN. Entrevistador: Si no puede entrevistar a una persona/grupo familiar que usted considera que está en situación de calle,** porque la persona/grupo familiar está dormido o no puede o no desea que lo entrevisten o no desea completar toda la entrevista, por favor, proporcione la siguiente información de la mejor manera posible con base en lo que usted pueda observar sobre cada persona dentro del grupo familiar. (Se debe presentar por separado la encuesta de cada grupo familiar).

• # adultos en el grupo familiar: \_\_\_\_\_  
○ Edad estimada de los adultos (déjelo en blanco si no puede estimar las edades):  
# entre 18-24 años = \_\_\_\_\_ # entre 25-34 años = \_\_\_\_\_ # entre 35-44 años = \_\_\_\_\_  
# entre 45-54 años = \_\_\_\_\_ # entre 55-64 años = \_\_\_\_\_ # de 65 o más años = \_\_\_\_\_

- # niños (menores de 18) en el grupo familiar: \_\_\_\_\_
- Información detallada de cómo / por qué usted sabe que este grupo familiar está en situación de calle (REQUERIDO): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Descripción de la ubicación, vestimenta y cualquier otra información que pudiera ayudar a asegurar que solo se cuente a este grupo familiar una vez (sea lo más específico posible) (REQUERIDO): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Incluyéndose, ¿cuántos adultos hay en su grupo familiar, que dormirán en la misma ubicación esta noche?
5. ¿Cuántos niños (menores a 18 años de edad) hay en su grupo familiar, que dormirán en la misma ubicación esta noche? \_\_\_\_\_
6. Indíqueme la siguiente información sobre cada integrante del grupo familiar que durmió en esta misma ubicación al igual que usted anoche: (Anexe formularios adicionales si hay más de cinco personas en el grupo familiar).

|                                                                                                                                                    | # 1 Iniciales: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | # 2 Iniciales: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | # 3 Iniciales: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | # 4 Iniciales: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | # 5 Iniciales: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Cuál es su relación con Persona # 1?</b>                                                                                                       | No se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hijo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho<br><input type="checkbox"/> Otro, no familiar                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Hijo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho<br><input type="checkbox"/> Otro, no familiar                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Hijo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho<br><input type="checkbox"/> Otro, no familiar                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Hijo<br><input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Pareja de hecho<br><input type="checkbox"/> Otro, no familiar                                                                                                                                                                                                            |
| <b>¿Se quedará en la misma ubicación que Persona # 1 esta noche?</b>                                                                               | No se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / Se negó a contestar                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / Se negó a contestar                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / Se negó a contestar                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / Se negó a contestar                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Edad</b><br>(Haga preguntas complementarias sobre la edad de los jóvenes de 24 años o menos en grupos familiares sin adultos de 25 años o más.) | ¿Cuántos años tiene usted? _____<br><br>Si está estimando la edad:<br><input type="checkbox"/> Menor de 18<br><input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54<br><input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64<br><input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más                                                                                                 | ¿Cuántos años tiene usted? _____<br><br>Si está estimando la edad:<br><input type="checkbox"/> Menor de 18<br><input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54<br><input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64<br><input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más                                                                                                 | ¿Cuántos años tiene usted? _____<br><br>Si está estimando la edad:<br><input type="checkbox"/> Menor de 18<br><input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54<br><input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64<br><input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más                                                                                                 | ¿Cuántos años tiene usted? _____<br><br>Si está estimando la edad:<br><input type="checkbox"/> Menor de 18<br><input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54<br><input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64<br><input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más                                                                                                 | ¿Cuántos años tiene usted? _____<br><br>Si está estimando la edad:<br><input type="checkbox"/> Menor de 18<br><input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 45-54<br><input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 55-64<br><input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 65 o más                                                                                                 |
| <b>¿Cuál es su raza/etnicidad?</b><br><br><b>Seleccione todas las opciones que correspondan.</b>                                                   | <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano<br><input type="checkbox"/> Hispano / latino<br><input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano<br><input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano<br><input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano<br><input type="checkbox"/> Hispano / latino<br><input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano<br><input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano<br><input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano<br><input type="checkbox"/> Hispano / latino<br><input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano<br><input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano<br><input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano<br><input type="checkbox"/> Hispano / latino<br><input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano<br><input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano<br><input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Negro, afroamericano o africano<br><input type="checkbox"/> Hispano / latino<br><input type="checkbox"/> Asiático o asiático americano<br><input type="checkbox"/> Del medio oriente o norafricano<br><input type="checkbox"/> Nativo americano, nativo de Alaska o indígena<br><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico |
| <b>Género</b>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Mujer / niña<br><input type="checkbox"/> Hombre / niño<br><input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)<br><input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> En exploración<br><input type="checkbox"/> Otra identidad                                                                 | <input type="checkbox"/> Mujer / niña<br><input type="checkbox"/> Hombre / niño<br><input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)<br><input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> En exploración<br><input type="checkbox"/> Otra identidad                                                                 | <input type="checkbox"/> Mujer / niña<br><input type="checkbox"/> Hombre / niño<br><input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)<br><input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> En exploración<br><input type="checkbox"/> Otra identidad                                                                 | <input type="checkbox"/> Mujer / niña<br><input type="checkbox"/> Hombre / niño<br><input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)<br><input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> En exploración<br><input type="checkbox"/> Otra identidad                                                                 | <input type="checkbox"/> Mujer / niña<br><input type="checkbox"/> Hombre / niño<br><input type="checkbox"/> Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)<br><input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> No binario<br><input type="checkbox"/> En exploración<br><input type="checkbox"/> Otra identidad                                                                 |

7. Solo haga todas las preguntas restantes a los **integrantes adultos del grupo familiar y/o a menores de 18 años de edad si son la cabeza del grupo familiar:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                         | # 1 Iniciales: ____                                                                                                                                                                    | # 2 Iniciales: ____                                                                                                                                                                    | # 3 Iniciales: ____                                                                                                                                                                    | # 4 Iniciales: ____                                                                                                                                                                    | # 5 Iniciales: ____                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuándo fue la última vez en que durmió en alguna de las siguientes ubicaciones:<br>➤ casa o apartamento, independientemente de que fuera de su propiedad o no o de que alguien más viviera allí?<br>➤ o una habitación de hotel pagada por usted, su familia o amigos? | <input type="checkbox"/> Hace menos de un año<br><input type="checkbox"/> Hace un año o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar                                  | <input type="checkbox"/> Hace menos de un año<br><input type="checkbox"/> Hace un año o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar                                  | <input type="checkbox"/> Hace menos de un año<br><input type="checkbox"/> Hace un año o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar                                  | <input type="checkbox"/> Hace menos de un año<br><input type="checkbox"/> Hace un año o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar                                  | <input type="checkbox"/> Hace menos de un año<br><input type="checkbox"/> Hace un año o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar                                  |
| En los últimos tres años, ¿durante cuántos periodos <b>distintos</b> ha dormido en un refugio de emergencia, en la calle, en un automóvil, en el bosque o en cualquier otro lugar identificado como "NO PROTEGIDO" en la pregunta 3?                                    | <input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)<br><input type="checkbox"/> 2 – 3 veces<br><input type="checkbox"/> 4 veces o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)<br><input type="checkbox"/> 2 – 3 veces<br><input type="checkbox"/> 4 veces o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)<br><input type="checkbox"/> 2 – 3 veces<br><input type="checkbox"/> 4 veces o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)<br><input type="checkbox"/> 2 – 3 veces<br><input type="checkbox"/> 4 veces o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> 1 (solo esta vez)<br><input type="checkbox"/> 2 – 3 veces<br><input type="checkbox"/> 4 veces o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar |
| (SI ESTUVO EN SITUACIÓN DE CALLE 4 VECES O MÁS)<br>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 otra ubicación identificada como "NO PROTEGIDO" en la pregunta 3?                 | <input type="checkbox"/> 1 – 11 meses<br><input type="checkbox"/> 12 meses o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica                                 | <input type="checkbox"/> 1 – 11 meses<br><input type="checkbox"/> 12 meses o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica                                 | <input type="checkbox"/> 1 – 11 meses<br><input type="checkbox"/> 12 meses o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica                                 | <input type="checkbox"/> 1 – 11 meses<br><input type="checkbox"/> 12 meses o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica                                 | <input type="checkbox"/> 1 – 11 meses<br><input type="checkbox"/> 12 meses o más<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar / no aplica                                 |

**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 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?  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 con sus preguntas.  No, no me siento seguro contestando preguntas adicionales. (Dele las gracias a esta persona y finalice la encuesta).

**Pregunte 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.

| (Continuación)                                                                                             | # 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<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar |

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Tiene alguna condición de salud mental (como depresión, ansiedad, esquizofrenia)?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><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<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><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<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              |
| • En caso afirmativo, ¿cuáles situaciones evitan que usted permanezca en un trabajo o que viva en una vivienda estable? (Marque todas las que correspondan).                                                    | <input type="checkbox"/> Alcohol / droga<br><input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Alcohol / droga<br><input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Alcohol / droga<br><input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Alcohol / droga<br><input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Alcohol / droga<br><input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| ¿Se le ha diagnosticado alguna discapacidad del desarrollo?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              |
| ¿Tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              |
| <b>¿Prestó <u>SERVICIO MILITAR ACTIVO</u> 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<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / se negó a contestar              |
| <b>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?</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>                                                               |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
| <b>¿Hay alguna otra cosa que le gustaría contarme sobre su experiencia habitacional?</b>                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |                                                                                                                                   |

**SI EL GRUPO FAMILIAR SOLO INCLUYE PERSONAS DE 24 AÑOS DE EDAD O MENOS, HAGA LAS PREGUNTAS 8 A 11.**  
**Si este grupo familiar incluye personas de 25 años de edad o más, deles las gracias por su tiempo y finalice la encuesta.**

8. ¿Está embarazada, es padre/madre o es padrastro/madrastra?  Sí  No  No sabe / se negó a contestar

9. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo usted se siente sobre su orientación sexual?

- Heterosexual  Lesbiana  Homosexual  
 Bisexual  Queer  Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
 No sabe / se negó a contestar

10. ¿Alguna vez estuvo involucrado en el sistema de familias de crianza temporal (*foster care*), como un hogar de crianza temporal, hogar grupal o una colocación de bienestar infantil?

- Sí  No  No sabe / se negó a contestar

11. ¿Qué ayuda o recursos mejoraría su situación actual? (marque todos los que correspondan)

- Ayuda para encontrar vivienda  Recursos específicos para viviendas para jóvenes  
 Ayuda para conseguir un trabajo / empleo  Ayuda con mi educación (graduación, diploma de educación general (GED))  
 Servicios de ayuda o específicos para LGBTQ+  Transporte  
 Cuidado infantil  Recursos de cuidados para la salud  
 Recursos de salud mental  Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Ninguno  No sabe / se negó a contestar

**ANEXO PARA JÓVENES → para grupos familiares cuyos integrantes todos tienen 24 años de edad o menos Y no completaron la encuesta porque la tercera pregunta indicaba “UBICACIÓN PROTEGIDA / CON TECHO”**

**Instrucciones:** Haga estas preguntas sobre cualquier joven no acompañado (sin un padre/madre/tutor) o que es padre/madre de jóvenes que encuentra durante el Censo PIT y que tenga 24 años de edad o menos, aunque los jóvenes especificaron que no están sin techo. Deseamos recopilar esta información de cualquier joven no acompañado o que sea padre/madre que pueda estar sin hogar o con un hogar inestable.

**INTRODUCCIÓN:** Tenemos unas preguntas adicionales que le estamos haciendo a jóvenes y adultos jóvenes que tengan 24 años de edad o menos. Esta información se usará para identificar las necesidades específicas de jóvenes en Pensilvania. ¿Estaría dispuesto a contestar unas preguntas adicionales? Su participación es voluntaria y su respuesta a cada pregunta es voluntaria. Las respuestas a estas preguntas no se compartirán con nadie fuera de nuestro equipo. Debo leerle cada pregunta por completo.

**PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA**

1. ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_ Si está estimando la edad, seleccione:  Menos de 18  18 a 24\*

\* Si tiene más de 24 años, dele las gracias y finalice la entrevista.

2. Iniciales \_\_\_\_\_

3. ¿El lugar donde se hospeda ahora es un lugar seguro y estable para quedarse?  Sí  No\*

\*Si es apropiado y/o deseado ofrecerlo: Línea de Ayuda Telefónica Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233

4. Piense en la última vez en que sintió que vivía en una vivienda segura y estable. ¿Hace cuánto tiempo fue eso?

- Hace menos de un mes  1-3 meses  4-6 meses  
 Hace 7 meses a 1 año  Hace más de 1 año  Nunca se ha sentido en vivienda estable  
 No sabe / se negó a contestar

5. ¿Está embarazada, es padre/madre o es padrastro/madrastra?

- Sí  No  No sabe / se negó a contestar

**6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo usted se siente sobre su orientación sexual?**

- Heterosexual                       Lesbiana                       Homosexual  
 Bisexual                               Queer                               Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
 No sabe / se negó a contestar

**7. ¿Alguna vez estuvo involucrado en el sistema de familias de crianza temporal (*foster care*), como un hogar de crianza temporal, hogar grupal o una colocación de bienestar infantil?**

- Sí                       No                       No sabe / se negó a contestar

**8. ¿Qué ayuda o recursos mejoraría su situación actual? (marque todos los que correspondan)**

- Ayuda para encontrar vivienda                       Recursos específicos para viviendas para jóvenes  
 Ayuda para conseguir un trabajo / empleo                       Ayuda con mi educación (graduación, diploma de educación general (GED))  
 Servicios de ayuda o específicos para LGBTQ+                       Transporte  
 Cuidado infantil                                               Recursos de cuidados para la salud  
 Recursos de salud mental                                       Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Ninguno                                                               No sabe / se negó a contestar

**Instrucciones:** Por motivos de seguridad, no haga las siguientes dos preguntas en frente de dos jóvenes que se hayan identificado como parte del mismo grupo familiar. Si se está entrevistando conjuntamente a dos adultos o más, salte a la pregunta 11.

**9. ¿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 le preguntó

**10. Si contestó que sí se sentía inseguro, haga la siguiente pregunta: ¿Le gustaría conversar con alguien que pueda hablarle sobre cómo incrementar su seguridad?**

- Sí    En caso afirmativo, dirija a esta persona a la Línea de Ayuda Telefónica Nacional de Violencia Doméstica al 1-800-799-7233.  
 No

**11. ¿Cuál es su raza/ etnicidad? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Blanco                                                               Negro, afroamericano o africano  
 Hispano/ latino                                                       Asiático o asiático americano  
 Del medio oriente o norafricano                               Nativo americano, nativo de Alaska o indígena  
 Nativo hawaiano o de las islas del Pacífico

**12. Especifique su género. Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Mujer / niña                                                       Hombre / niño  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)                       Transgénero  
 No binario                                                               En exploración  
 Otra identidad