

Nombre del Encuestador: _____ Ciudad: _____ Instalación/Dirección: _____

 La persona se niega a participar o la situación es muy peligrosa.

1. Iniciales y Edad	Iniciales ___ M: ___ D: ___ A: ___	<input type="checkbox"/> 17 o menos	<input type="checkbox"/> 18 – 24 (joven)	<input type="checkbox"/> 25 - 64	<input type="checkbox"/> 65 o más
2. ¿Dónde va a dormir esta noche?	<input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia (Incluye Refugio de violencia doméstica) <input type="checkbox"/> Vivienda de Transición <input type="checkbox"/> Refugio Seguro <input type="checkbox"/> Hotel/Motel pagado con bono por la iglesia o una agencia de servicios sociales <input type="checkbox"/> Un lugar no destinado a habitación (calle, coche, parque, tiendas de campaña, estación de autobuses, edificio abandonado)				
3. ¿Cuánto tiempo ha durado este episodio actual de falta de vivienda?	Años: _____ Meses: _____ Días: _____				
4. ¿De las siguientes opciones cual describe su situación actual?	<input type="checkbox"/> Primera vez sin hogar en los 3 años pasados <input type="checkbox"/> Por lo menos 4 veces diferentes en los últimos 3 años (tiempo total es de 12 meses o más) <input type="checkbox"/> 2-3 períodos separados de tiempo en los 3 años pasados <input type="checkbox"/> Continuamente sin hogar durante un año o más				
5. ¿Además de este tiempo, ha estado sin hogar usted otro tiempo en los doce meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6. ¿Dónde vivía cuando se quedo sin hogar esta vez?	Ciudad: _____ Estado: _____				
7. ¿Qué edad tenía la primera vez que se enfrento la falta de vivienda?	<input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 18 – 24 (Joven) <input type="checkbox"/> 25 – 64 <input type="checkbox"/> 65 o más	8. ¿Fue su primera experiencia de estar sin hogar o sin un hogar permanente con su familia o por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Con la familia <input type="checkbox"/> Por su cuenta		
9. Por favor, comparta las razones que contribuyeron a que se quedaron sin hogar o sin un hogar permanente: (marque todas las que aplican)					
<input type="checkbox"/> Incapaz de poder pagar renta o hipoteca <input type="checkbox"/> La pérdida de las ayudas públicas <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Se mudó en busca de trabajo <input type="checkbox"/> Desalojado (Sin Hogar) <input type="checkbox"/> La discapacidad física, lesión, o por razones de salud física					
<input type="checkbox"/> enfermedad de un familiar <input type="checkbox"/> Divorcio o separación <input type="checkbox"/> Embarazada o paternidad <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Salida de la cárcel, prisión o detención <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica					
<input type="checkbox"/> Antecedentes penales <input type="checkbox"/> Huyó de su casa <input type="checkbox"/> Orientación sexual o identidad de género <input type="checkbox"/> Envejecido o corrió de Casa de Acogido <input type="checkbox"/> Expulsado de la casa por la familia o amigos <input type="checkbox"/> Otro					
10. Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No se identifican como hombre, mujer o transgénero				
11. Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Homosexual/lesbianas/bisexuales <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Cuestionar <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				
12. Raza	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo o otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Dos o más				
13. ¿Considera usted ser hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
14. ¿Usted puede trabajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (pase a #17a)	15. ¿Cuál es el estado de su trabajo?	<input type="checkbox"/> Desempleado (Pase a #16) <input type="checkbox"/> Regular de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Regular Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Trabajo Temporal <input type="checkbox"/> Trabajo de jornadas <input type="checkbox"/> Jubilado		
16. Si usted está desempleado, ¿cuánto tiempo has estado desempleado?	Años: _____ Meses: _____ Días: _____				
17a. ¿Ha servido en el Ejército, la Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardia Costera? (sólo para 18 años o mayores)	<input type="checkbox"/> Sí (Pase a #17c) <input type="checkbox"/> No				
17b. ¿Fuiste llamado al servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o Reservista? (sólo para 18 años o mayores)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a #18)				
17c. ¿En cual de los siguientes ha servido usted? (marque todas los que aplican)	<input type="checkbox"/> Korea <input type="checkbox"/> Kuwait (Tormenta del Desierto) <input type="checkbox"/> Vietnam <input type="checkbox"/> Afghanistan <input type="checkbox"/> Otro	17d. # de Años en el Servicio:	_____		
17e. ¿Ha recibido alguna vez la asistencia médica o otros beneficios de un Centro Médico para Veteranos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
18. ¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? (marque todas los que aplican)	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático				
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática					

19. ¿De las siguientes opciones cual describe mejor a su familia/hogar que viven con usted ahora? (marque sólo uno)			
<input type="checkbox"/> Adulto o pareja sin hijos	<input type="checkbox"/> Soy un padre soltero/a con hijos (18 – 24 años)	<input type="checkbox"/> Un joven no acompañado (18 – 24 años)	<input type="checkbox"/> Soy un padre menor con hijos (menores de 18 años)
<input type="checkbox"/> Un menor no acompañado (menores de 18 años)	<input type="checkbox"/> Soy un padre adulto en un hogar con niños	<input type="checkbox"/> Otro tipo de familia	
20. ¿Alguna vez ha experimentado violencia física o sexual, cuando estaba sin hogar?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21. ¿Está usted embarazada o esperando un hijo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
22. ¿Cuál de los siguientes servicios necesita usted? (marque todas los que aplican)			
<input type="checkbox"/> Necesidades básicas (ropa/comida)	<input type="checkbox"/> Estampillas para comida	<input type="checkbox"/> Administración de Casos	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Capacitación y Colocación Laboral	<input type="checkbox"/> Asistencia de transporte	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	

Para las entradas de abajo, sólo llene esta información si hay miembros adicionales de la casa.

Relación de parentesco con el jefe de hogar			
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia			
<input type="checkbox"/> Otros miembros (no familia)			
Edad: <input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 64 <input type="checkbox"/> 65 o mas			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No se identifican como hombre, mujer o transgénero			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Dos o Más			
Latino:	Veterano (sólo adultos):	Discapacidad:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático
		<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
		<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática

Relación de parentesco con el jefe de hogar			
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia			
<input type="checkbox"/> Otros miembros (no familia)			
Edad: <input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 64 <input type="checkbox"/> 65 o mas			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No se identifican como hombre, mujer o transgénero			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Dos o Más			
Latino:	Veterano (sólo adultos):	Discapacidad:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático
		<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
		<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática

Relación de parentesco con el jefe de hogar			
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia			
<input type="checkbox"/> Otros miembros (no familia)			
Edad: <input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 64 <input type="checkbox"/> 65 o mas			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No se identifican como hombre, mujer o transgénero			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Dos o Más			
Latino:	Veterano (sólo adultos):	Discapacidad:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático
		<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
		<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática

Relación de parentesco con el jefe de hogar			
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian Legal <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia			
<input type="checkbox"/> Otros miembros (no familia)			
Edad: <input type="checkbox"/> 17 o menos <input type="checkbox"/> 18 – 24 <input type="checkbox"/> 25 – 64 <input type="checkbox"/> 65 o mas			
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No se identifican como hombre, mujer o transgénero			
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Otras Islas del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Dos o Más			
Latino:	Veterano (sólo adultos):	Discapacidad:	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Trastorno de Estrés Postraumático
		<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo
		<input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática