

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 |