

Encuesta sobre Punto-en-Tiempo (Point-in-Time) (Jóvenes + Adultos)

Persona conduciendo la encuesta: _____ Ciudad: _____ Lugar/Domicilio: _____

La persona no desea tomar la encuesta o la situación es muy peligrosa (**complete la pregunta #2 si la información es obvia**)

1. Fecha de nacimiento (o edad)		Mes: __ Día: __ Año: ____ Edad: ____	
2. ¿En dónde durmió (noche específica/punto en tiempo)? Escriba calles de intersección (opcional): _____ _____	a. <input type="checkbox"/> Albergue o refugio de emergencia b. <input type="checkbox"/> Vivienda de transición c. <input type="checkbox"/> Albergue de violencia domestica/Refugio seguro d. <input type="checkbox"/> Domiciliario para veteranos e. <input type="checkbox"/> Calle/Banqueta/Puente o calle de paso (elevado) f. <input type="checkbox"/> Estación de bus o tren/aeropuerto g. <input type="checkbox"/> Bosque/campo o campamento al aire libre h. <input type="checkbox"/> Edificio abandonado i. <input type="checkbox"/> Vehículo j. <input type="checkbox"/> Vivienda deficiente k. <input type="checkbox"/> Vivienda en la cual será desalojado/a dentro de dos semanas l. <input type="checkbox"/> Hotel o motel que está pagando con un cupón de una iglesia o agencia de servicios sociales	m. <input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado con fondos propios n. <input type="checkbox"/> Compartiendo la vivienda de otra(s) persona(s) por perdida de vivienda, dificultad económica, o razón similar o. <input type="checkbox"/> Quedándose con amigos informalmente p. <input type="checkbox"/> Centro de salud mental q. <input type="checkbox"/> Centro para abuso de sustancias r. <input type="checkbox"/> Centro correccional (incluyendo juvenil) s. <input type="checkbox"/> Hospital t. <input type="checkbox"/> Cuidado temporal/foster home o vivienda en grupo u. <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente v. <input type="checkbox"/> Ayuda con vivienda (Sec 8, VASH, etc.) w. <input type="checkbox"/> Casa propia o apartamento (que no sea deficiente)	
	3A. ¿Se va a quedar en el mismo lugar esta noche?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3B. ¿Si no, en donde?		_____	
<i>Entrevistante: ¿Basado en las instrucciones listadas en la primera página, esta persona califica para completar el resto de esta encuesta? (Si no califica, diga "gracias" y pare la encuesta. Si califica, por favor complete el resto de la encuesta).</i>			
4. ¿Cuántas veces ha estado sin un hogar permanente en los últimos 3 años?		a. <input type="checkbox"/> Nunca c. <input type="checkbox"/> Dos veces e. <input type="checkbox"/> 4 o más veces diferentes b. <input type="checkbox"/> Una vez d. <input type="checkbox"/> 3 veces f. <input type="checkbox"/> No se	
5. ¿Cuál es el número total de meses que ha estado sin un hogar permanente en los últimos 3 años?		_____	
6. ¿Cuánto tiempo ha durado en su estado actual de no tener un hogar permanente?		Años: ____ Meses: ____ Días: ____	
7A. ¿A cuál edad tuvo su primera experiencia de no tener un hogar permanente?		7B. ¿Tuvo su primera experiencia sin hogar permanente solo/a o con su familia?	
_____		a. <input type="checkbox"/> Con familia b. <input type="checkbox"/> Solo/a	
8. Por favor comparta las razones que contribuyeron a no tener un lugar permanente en cual vivir ahora mismo (y/o porque ya no puede vivir en donde estaba anteriormente) en este momento: (Marque todas las que apliquen)			
a. <input type="checkbox"/> Razones financieras j. <input type="checkbox"/> Enfermedad en la familia r. <input type="checkbox"/> Huir de casa w. <input type="checkbox"/> Mucha gente b. <input type="checkbox"/> No poder pagar la renta o pago de casa/hipoteca k. <input type="checkbox"/> Divorcio/ separación s. <input type="checkbox"/> Estilo de vida x. <input type="checkbox"/> Salida de cuidado temporal/foster care por ser mayor de edad c. <input type="checkbox"/> Perdida de asistencia publica l. <input type="checkbox"/> Termino de estadía en hospital t. <input type="checkbox"/> Orientación sexual o identidad de genero y. <input type="checkbox"/> Corrido/a de casa por familia d. <input type="checkbox"/> Desastre natural m. <input type="checkbox"/> Embarazo/crianza de hijos u. <input type="checkbox"/> Para protegerse de familiares z. <input type="checkbox"/> Corrido/a de casa por amigos e. <input type="checkbox"/> Desempleo n. <input type="checkbox"/> Enfermedad mental v. <input type="checkbox"/> Abandono de padres/guardianes (muerte, deportación, prisión) aa. <input type="checkbox"/> Otra: _____ f. <input type="checkbox"/> Mudanza para encontrar trabajo o. <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias p. <input type="checkbox"/> Salida de cárcel, prisión o detención q. <input type="checkbox"/> Record criminal			
9. ¿Cuál es su género?		a. <input type="checkbox"/> Masculino c. <input type="checkbox"/> M a F Transgénero b. <input type="checkbox"/> Femenino d. <input type="checkbox"/> F a M Transgénero	
10. ¿Cuál es su orientación sexual?		a. <input type="checkbox"/> Heterosexual c. <input type="checkbox"/> Bisexual e. <input type="checkbox"/> Algo diferente b. <input type="checkbox"/> Gay o Lesbiana d. <input type="checkbox"/> No se	
11: Raza: (Marque todas las que apliquen)		a. <input type="checkbox"/> blanco c. <input type="checkbox"/> indio americano o nativo de Alaska e. <input type="checkbox"/> nativo de Hawái o de islas del Pacifico b. <input type="checkbox"/> asiático d. <input type="checkbox"/> negro o afroamericano	
12. ¿Se considera Hispano/a o Latino/a?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
13A. ¿Está inscrito/a en la escuela actualmente?		13B. ¿Si no, planea regresar a la escuela en el futuro?	
a. <input type="checkbox"/> Sí b. <input type="checkbox"/> No (Responda #13B)		a. <input type="checkbox"/> Sí c. <input type="checkbox"/> N/A b. <input type="checkbox"/> No	
a. <input type="checkbox"/> Menos del grado 9		d. <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria g. <input type="checkbox"/> Escuela técnica/Programa de entrenamiento	

14. Nivel más alto de educación: (Marque uno)		b. <input type="checkbox"/> Algo de preparatoria c. <input type="checkbox"/> GED	e. <input type="checkbox"/> Algo de universidad f. <input type="checkbox"/> Graduado/a de universidad	h. <input type="checkbox"/> Título de maestría o más alto	
15A. ¿En la escuela, alguna vez necesito servicios de Educación Especial?		a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No	15B. ¿Si respondió que sí, los recibió por más de 6 meses?	
		a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No	a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
16A. ¿Puede trabajar?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	16B. ¿Cuál es su estado de trabajo?	a. <input type="checkbox"/> Desempleado/a no trabajando pero buscando trabajo (responda #16C) b. <input type="checkbox"/> No trabajando pero buscando trabajo c. <input type="checkbox"/> Trabajo regular tiempo-completo	d. <input type="checkbox"/> Trabajo regular parte-tiempo e. <input type="checkbox"/> Trabajo temporal f. <input type="checkbox"/> Trabajo de día/irregulares g. <input type="checkbox"/> Retirado/a	
16C. ¿Si está desempleado/a, cuanto tiempo ha estado buscando?			Años: ____ Meses: ____ Días: ____		
17A. ¿Ha servido en el/la ejército/U.S. Army, marina/Navy, fuerza Aérea/Air Force, cuerpo de marines/Marine Corps, o guardacostas/Coast Guard?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
17B. ¿Fue llamado/a para servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o Reservistas?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
17C. ¿En cuales excursiones militares serbio? (Marque todas las que apliquen)		a. <input type="checkbox"/> Korea b. <input type="checkbox"/> Vietnam	c. <input type="checkbox"/> Kuwait (Desert Storm) d. <input type="checkbox"/> Afganistán	e. <input type="checkbox"/> Iraq	17D. # de años en servicio: _____
17E. ¿Cuál fue su estado de descarga?		a. <input type="checkbox"/> Honorable b. <input type="checkbox"/> Deshonorable			
17F. ¿Ha recibido cuidado médico o beneficios de salud de algún Centro Medico de Veteranos?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
18. ¿Ha tenido experiencia con violencia física o sexual al estar sin vivienda?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
19. ¿Está embarazada o esperando un niño/a?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
20A. ¿Ha tenido un niño/a?				a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
20B. ¿El niño/a está con usted?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	20C. Si no, el/la niño/a esta:	a. <input type="checkbox"/> Con familia b. <input type="checkbox"/> Con amigos c. <input type="checkbox"/> Servicios de proteccion de menores d. <input type="checkbox"/> Adoptado/a por alguien mas e. <input type="checkbox"/> Fallecido/a f. <input type="checkbox"/> Otra _____		
21. ¿Cómo describiría con quien se esta quedando hoy (su tipo de familia)? (Marque todas las que apliquen)					
a. <input type="checkbox"/> Soy un adulto soltero		d. <input type="checkbox"/> Soy parte de una pareja sin niños		e. <input type="checkbox"/> Soy un/a padre/madre soltero/a con niños	
b. <input type="checkbox"/> Soy un menor sin compañía (sin vivir con padres/guardián legal)		f. <input type="checkbox"/> Soy un menor de edad viviendo con uno o más padres/guardianes		g. <input type="checkbox"/> Otro tipo de familia	
c. <input type="checkbox"/> Soy un padre/madre en una familia de una pareja con niños					
22A. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones de salud? (Marque todas las que apliquen)		a. <input type="checkbox"/> Abuso o adicción al alcohol b. <input type="checkbox"/> Uso de otra substancia c. <input type="checkbox"/> Enfermedad mental d. <input type="checkbox"/> Discapacidad física e. <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo		f. <input type="checkbox"/> VIH/SIDA g. <input type="checkbox"/> Otra condición de enfermedad crónica h. <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático (PTSD) i. <input type="checkbox"/> Trauma de lesión al cerebro	
22B. ¿Alguna de las condiciones impide que mantenga un trabajo?			a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No	22C. ¿Cual? _____
23. ¿Ha tenido experiencia con alguna de las siguientes? (Marque todas las que apliquen)		a. <input type="checkbox"/> Violencia familiar b. <input type="checkbox"/> Abuso infantil o maltrato c. <input type="checkbox"/> Parte de cuidado temporal/foster care		d. <input type="checkbox"/> Problemas legales o convicción previa (complete la pregunta 25) e. <input type="checkbox"/> Acoso sexual f. <input type="checkbox"/> Parte de una pandilla	

