

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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)?	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		
Escriba calles de intersección (opcional): _____ _____	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 substancias 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?	a. <input type="checkbox"/> Si	b. <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 b. <input type="checkbox"/> Una vez	c. <input type="checkbox"/> Dos veces d. <input type="checkbox"/> 3 veces	e. <input type="checkbox"/> 4 o más veces diferentes 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 sin 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 b. <input type="checkbox"/> No poder pagar la renta o pago de casa/hipoteca c. <input type="checkbox"/> Perdida de asistencia publica d. <input type="checkbox"/> Desastre natural e. <input type="checkbox"/> Desempleo f. <input type="checkbox"/> Mudanza para encontrar trabajo g. <input type="checkbox"/> Desalojado h. <input type="checkbox"/> Discapacidad física, lesión, o razones de salud física i. <input type="checkbox"/> Violencia domestica/intrafamiliar	j. <input type="checkbox"/> Enfermedad en la familia k. <input type="checkbox"/> Divorcio/ separación l. <input type="checkbox"/> Termino de estadía en hospital m. <input type="checkbox"/> Embarazo/crianza de hijos n. <input type="checkbox"/> Enfermedad mental o. <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias p. <input type="checkbox"/> Salida de cárcel, prisión o detención q. <input type="checkbox"/> Record criminal	r. <input type="checkbox"/> Huir de casa s. <input type="checkbox"/> Estilo de vida t. <input type="checkbox"/> Orientación sexual o identidad de genero u. <input type="checkbox"/> Para protegerse de familiares v. <input type="checkbox"/> Abandono de padres/guardianes (muerte, deportación, prisión)	w. <input type="checkbox"/> Mucha gente x. <input type="checkbox"/> Salida de cuidado temporal/foster care por ser mayor de edad y. <input type="checkbox"/> Corrido/a de casa por familia z. <input type="checkbox"/> Corrido/a de casa por amigos aa. <input type="checkbox"/> Otra: _____

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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

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	
		b. <input type="checkbox"/> Gay o Lesbiana		e. <input type="checkbox"/> Algo diferente	
		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	
		b. <input type="checkbox"/> asiático		d. <input type="checkbox"/> negro o afroamericano	
				e. <input type="checkbox"/> nativo de Hawái o de islas del Pacifico	
12. ¿Se considera Hispano/a o Latino/a?			a. <input type="checkbox"/> Si		b. <input type="checkbox"/> No
13A. ¿Está inscrito/a en la escuela actualmente?		a. <input type="checkbox"/> Si		13B. ¿Si no, planea regresar a la escuela en el futuro?	
		b. <input type="checkbox"/> No (Responda #13B)		a. <input type="checkbox"/> Si	
				c. <input type="checkbox"/> N/A	
				b. <input type="checkbox"/> No	
14. Nivel más alto de educación: (Marque uno)		a. <input type="checkbox"/> Menos del grado 9		d. <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria	
		b. <input type="checkbox"/> Algo de preparatoria		e. <input type="checkbox"/> Algo de universidad	
		c. <input type="checkbox"/> GED		f. <input type="checkbox"/> Graduado/a de universidad	
				g. <input type="checkbox"/> Escuela técnica/Programa de entrenamiento	
				h. <input type="checkbox"/> Titulo 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		
16A. ¿Puede trabajar?		a. <input type="checkbox"/> Si	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		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	
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"/> Iraq		b. <input type="checkbox"/> Afganistán
			c. <input type="checkbox"/> Otra: _____		17D. # de años en servicio: _____
17E. ¿Cuál fue su estado de descarga?			a. <input type="checkbox"/> Honorable		
			b. <input type="checkbox"/> Dishonorable		
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	20C. Si no, el/la niño/a esta:	a. <input type="checkbox"/> Con familia	
		b. <input type="checkbox"/> No		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 _____	

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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

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 b. <input type="checkbox"/> Soy un menor sin compañía (sin vivir con padres/guardián legal) c. <input type="checkbox"/> Soy un padre/madre en una familia de una pareja con niños	d. <input type="checkbox"/> Soy parte de una pareja sin niños e. <input type="checkbox"/> Soy un/a padre/madre soltero/a con niños f. <input type="checkbox"/> Soy un menor de edad viviendo con uno o más padres/guardianes g. <input type="checkbox"/> Otro tipo de familia		
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 sustancia 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"/> Acoso sexual d. <input type="checkbox"/> Parte de una pandilla	e. <input type="checkbox"/> Parte de cuidado temporal/foster care (complete la pregunta 24) f. <input type="checkbox"/> Problemas legales o convicción previa (complete la pregunta 25)	
<i>Por favor complete lo siguiente si el/la respondiente indica que ha tenido experiencia con el sistema de cuidado temporal/ foster care:</i>			
24A. ¿Cuántos años estuvo en cuidado temporal/foster care?	Años: _____ Meses: _____		
24B. ¿Cuántas colocaciones (lugares para quedarse) tuvo durante cuidado temporal/foster care?	_____		
24C. "Saliendo" de cuidado temporal/foster care indica estando en el cuidado de CPS hasta llegar a los 18 años. ¿Se mantuvo en el cuidado de CPS hasta los 18 años?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No		
24D. Si NO se mantuvieron con CPS hasta los 18 años: ¿Cómo salió del programa?	a. <input type="checkbox"/> Reunido/a con padre, madre o ambos b. <input type="checkbox"/> Colocado/a con parientes	c. <input type="checkbox"/> Se escapó/huyo d. <input type="checkbox"/> Adoptado/a	
24E. Si salieron por su edad:	a. ¿Salió del sistema de cuidado temporal/foster care al ser adulto en Texas?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	
	b. ¿Se mantuvo en cuidado temporal/foster care después de cumplir 18 años?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	
	c. ¿Tuvo un trabajo cuando estuvo en cuidado temporal/foster care?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	
	d. ¿Tuvo una cuenta de ahorros cuando estuvo en cuidado temporal/foster care?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	
	e. ¿En dónde vivió después de estar en cuidado temporal/foster care?		
	a. <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia b. <input type="checkbox"/> Programa de vivienda transicional c. <input type="checkbox"/> Regrese con padre/s biológicos/parientes	d. <input type="checkbox"/> Alquiler apartamento e. <input type="checkbox"/> Viví con un/a amigo/a f. <input type="checkbox"/> Estuve viviendo sin hogar después de cuidado	
	f. ¿Se sintió preparado/a para vivir independientemente cuando ya no califico para cuidado temporal/foster care por su edad?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No	
<i>Por favor complete las siguientes si el/la respondiente indico que él/ella ha tenido experiencia con problemas legales/convicción previa:</i>			

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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

	25A. ¿Ha estado involucrado en el sistema de justicia criminal para adultos?	a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
	25B. ¿Ha estado involucrado en el sistema de justicia juvenil?	a. <input type="checkbox"/> Si	b. <input type="checkbox"/> No
	25C. ¿A cuál edad primero estuvo involucrado/a en el sistema legal (juvenil o criminal)?	_____	
26. ¿Cuáles son sus recursos de ingreso/beneficios aparte de trabajo? (Marque todas las que apliquen)			
a. <input type="checkbox"/> Manutención de menores/child support b. <input type="checkbox"/> Beneficios para cuidado de niños c. <input type="checkbox"/> Medicaid d. <input type="checkbox"/> Sección 8, Vivienda publica e. <input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida) f. <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI g. <input type="checkbox"/> SSDI/Seguro Social por Discapacidad	h. <input type="checkbox"/> Créditos de impuestos ganados (EITC) i. <input type="checkbox"/> Servicios Temporales para Familias Necesitadas (TANF) j. <input type="checkbox"/> CHIP de Texas k. <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo l. <input type="checkbox"/> Ingreso de discapacidad para Veteranos	m. <input type="checkbox"/> Cuidado de salud para Veteranos n. <input type="checkbox"/> Compensación de trabajo o. <input type="checkbox"/> Mujeres, bebés y niños/as (WIC) <u>Beneficios de cuidado temporal/foster care:</u> p. <input type="checkbox"/> Asistencia con habitación/cuarto para cuidado después de atención médica y comida q. <input type="checkbox"/> Cupón para educación o entrenamiento r. <input type="checkbox"/> Ayuda financiera para vivienda transicional s. <input type="checkbox"/> Retiro de cobro para estudios u otros gastos	t. <input type="checkbox"/> Ninguno u. <input type="checkbox"/> Otra : _____ _____ _____
27. ¿Hay cualquier cosa importante que necesite ayuda para conseguir? (Marque todas las que apliquen)			
a. <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento b. <input type="checkbox"/> Pass para el autobús c. <input type="checkbox"/> Ropa d. <input type="checkbox"/> Anticonceptivos	e. <input type="checkbox"/> Comida de emergencia f. <input type="checkbox"/> Artículos para la higiene g. <input type="checkbox"/> Lugar para lavar ropa	h. <input type="checkbox"/> # de teléfono/mensaje de voz i. <input type="checkbox"/> Identificación estatal j. <input type="checkbox"/> Lugar para guardar cosas	k. <input type="checkbox"/> Ducha/Baño l. <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social m. <input type="checkbox"/> Otra: _____
28. ¿Cuáles servicios necesita que no está recibiendo? (Marque todas las que apliquen)			
a. <input type="checkbox"/> Manejo de caso b. <input type="checkbox"/> Cuidado de niños c. <input type="checkbox"/> Manutención de menores/child support d. <input type="checkbox"/> Cuidado dental e. <input type="checkbox"/> Asistencia de emancipación f. <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia g. <input type="checkbox"/> Servicios de empleo h. <input type="checkbox"/> Clases de ingles	i. <input type="checkbox"/> Inscripción para beneficios gubernamentales j. <input type="checkbox"/> Inscripción en la escuela o programa de GED k. <input type="checkbox"/> Ayuda encontrando familia l. <input type="checkbox"/> Ayuda legal m. <input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades para la vida n. <input type="checkbox"/> Cuidado médico de emergencia	o. <input type="checkbox"/> Cuidado médico rutina p. <input type="checkbox"/> Cuidado de salud mental q. <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente (para discapacitados) r. <input type="checkbox"/> Vivienda permanente (para no discapacitados) s. <input type="checkbox"/> Apoyo de compañeros o apoyo emocional	t. <input type="checkbox"/> Servicios basados en la escuela u. <input type="checkbox"/> Tratamiento de abuso de sustancias v. <input type="checkbox"/> Hogar transicional w. <input type="checkbox"/> Transportación x. <input type="checkbox"/> Tutoría y. <input type="checkbox"/> Compensación de trabajo z. <input type="checkbox"/> Otro: _____
29. ¿Cuáles de los siguientes servicios a recibido en el pasado? (Marque todas las que apliquen)			
a. <input type="checkbox"/> Centro de apoyo sin cita (ayuda con identificación, tomando un baño, lavado de ropa, etc.) b. <input type="checkbox"/> Servicios de salud de emergencia	c. <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (juventud) d. <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (adultos) e. <input type="checkbox"/> Centro de transición	f. <input type="checkbox"/> Hogar de transición g. <input type="checkbox"/> Viviendas de apoyo permanente h. <input type="checkbox"/> Ninguna	
30. ¿Cómo se dio cuenta de los refugios u otros servicios que uso?			
a. <input type="checkbox"/> Iglesia o comunidad religiosa b. <input type="checkbox"/> Miembro familiar o pariente c. <input type="checkbox"/> Cuidado temporal/foster care o familia adoptiva	d. <input type="checkbox"/> Hospital/Policía/Primer respondiente e. <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet f. <input type="checkbox"/> Compañeros	g. <input type="checkbox"/> Agencia de servicios sociales h. <input type="checkbox"/> Maestro/a o personal de la escuela i. <input type="checkbox"/> Otra:	

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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

31A. ¿Ha habido alguna vez en la cual fue a un refugio y no se sintió seguro/a?		a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	31B. Si marco que SI a la pregunta #31A: ¿Porque no se sintió cómodo/a o seguro/a?	a. <input type="checkbox"/> Edad b. <input type="checkbox"/> Genero c. <input type="checkbox"/> Orientación sexual d. <input type="checkbox"/> Otra: _____
32A. ¿Ha habido una vez en la cual fue a un refugio pero no se quedó la noche?		a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	32B: Si marco que SI a la pregunta #32A: ¿Por qué no se quedó en el refugio?	
	a. <input type="checkbox"/> Usted era pasado/a de edad para quedarse b. <input type="checkbox"/> Usted era muy joven para quedarse c. <input type="checkbox"/> No le gustaron las reglas del refugio d. <input type="checkbox"/> No se podía quedar en el refugio con su hijo/a(s) en el refugio e. <input type="checkbox"/> No se permitía que su pareja se quedara en el refugio con usted f. <input type="checkbox"/> No se permitía que su mascota se quedara en el refugio con usted g. <input type="checkbox"/> Usted se sintió incomodo/a o no seguro/a en el refugio h. <input type="checkbox"/> El refugio estaba lleno y no se podía quedar i. <input type="checkbox"/> Otra: _____	
33. ¿Cuál apoyo o servicio a recibido en el último año que ha sido de más ayuda para usted?		
34. ¿Qué hace para tener dinero y conseguir lo que necesita? (Marque todas las que apliquen)	a. <input type="checkbox"/> Recibir apoyo financiero de familiares, parientes o amigos b. <input type="checkbox"/> Buscar prestado de otros c. <input type="checkbox"/> Pidiendo o limosneando	d. <input type="checkbox"/> Cambio o venta de drogas e. <input type="checkbox"/> Intercambio de servicios, ropa o comida f. <input type="checkbox"/> Buscar servicios (despensa de alimentos) g. <input type="checkbox"/> Asistencia publica
35A. ¿Alguna vez se ha sentido incomodo/a de irse o dejar una situación de trabajo por miedo de violencia o amenaza de daño a usted, su familia o amigos?		a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
35B. ¿Alguna vez fue prometido/a trabajo en donde el trabajo o la paga fue diferente a lo que esperaba?		a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	35C. Si marco que si a la pregunta #35A o B: ¿Se sintió obligado/a, presionado/a o engañado/a a continuar con ese trabajo?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	35D. Si marco que si a la pregunta #35A o B: ¿Ha tenido trabajos como ese en los últimos 3 meses?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
36A. ¿Ha recibido cualquier cosa a cambio de tener relaciones sexuales con otra persona, como dinero, comida, drogas o refugio?		a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	36B. Si marco que si a la pregunta #36A: ¿Ha pasado en los últimos tres meses?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No
	36C. Si marco que si a la pregunta #36A: ¿Cuántas veces ha recibido algo a cambio de relaciones sexuales?	a. <input type="checkbox"/> 1 d. <input type="checkbox"/> 11-20 b. <input type="checkbox"/> 2-5 e. <input type="checkbox"/> 20 + c. <input type="checkbox"/> 6-10
	36D. Si marco que si a la pregunta #36A: ¿Se sintió forzado/a, presionado/a o engañado/a a continuar con el intercambio?	a. <input type="checkbox"/> Si b. <input type="checkbox"/> No

Youth Count Texas!
Encuesta para el conteo de jóvenes

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

37. Del 1-10, con 1 siendo “no tan difícil” y 10 siendo “muy difícil,” por favor indique que tan difícil es cada una de las siguientes cosas para usted ahora mismo:										
	No difícil							Muy difícil		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad/Nervios										
Control de coraje										
Depresión										
Dificultad al dormir										
Pensamientos incómodos										
Uso de drogas o alcohol										
Encontrando vivienda										
Encontrando comida										
Problemas legales/Problemas con la policía										
Soledad										
Abuso anterior/Victimización										
Seguridad personal										
Salud física										
Conflictos en relaciones										
Problemas de escuela										
Transportación										
Problemas de trabajo										
Otro: _____										
38. ¿Hay reglas o costumbres en su comunidad que hacen su vida más difícil? (Marque todas las que apliquen)	a. <input type="checkbox"/> Reglas sobre quedándose o sentándose en público b. <input type="checkbox"/> Reglas prohibiendo el dormir en público c. <input type="checkbox"/> Reglas prohibiendo el pedir dinero o limosna d. <input type="checkbox"/> Reglas prohibiendo el dormir en vehículos e. <input type="checkbox"/> Problemas con la policía f. <input type="checkbox"/> Falta de acceso a baños públicos g. <input type="checkbox"/> Falta de teléfonos públicos h. <input type="checkbox"/> Otra: _____									
39. ¿Cuáles fortalezas o talentos especiales tiene que le han ayudado seguir adelante o le ayudarán en mantenerse a salvo?										
40. Imagine que tiene autoridad. ¿Si podría cambiar una cosa (regla o ley) para ayudar a jóvenes que no tienen hogar, que sería?										

