

**SUMMER, 2006 STATEWIDE HOMELESS SURVEY**

Agency:	Program:
City/Town/Community:	County:

**Favor de completar la siguiente información sobre si mismo:**

Inicial del 1 <sup>er</sup> nombre		Inicial del 2 <sup>do</sup> nombre		Tres 1 <sup>eras</sup> iniciales del apellido			
------------------------------------	--	------------------------------------	--	-----------------------------------------------	--	--	--

Mes de nacimiento (marque 1 respuesta):	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

1. ¿Cual es su edad? \_\_\_\_\_
2. ¿Cual es su género?  
1  Masculino      2  Femenino
3. ¿Ha servido en el servicio militar de los E.U.?  
1  Si      2  No
4. ¿Es trabajador temporal de un lugar de recreo?  
1  Si      2  No
5. ¿Es trabajador en una hacienda, sea temporal o durante todo el año?  
1  Si      2  No
6. ¿Se considera Ibérico/Hispano/Latino?  
1  Si      2  No

7. ¿Cuál categoría única mejor representa su grupo racial? (Marque solo UNA respuesta)  
1  Asiático/Islands Pacificas  
2  Indio Americano/Indígena de Alaska  
3  Negro/Afro americano  
4  De raza blanca  
5  Mezcla  
6  Otro: \_\_\_\_\_
8. ¿Cual es su situación? Es Usted: (Marque solo UNA respuesta)  
1  Una persona soltero/a  
2  Soltero/a con hijo/s menor de 18 años  
3  Parte de una pareja con hijo/s menor de 18 años  
4  Parte de una pareja sin hijo/s menor de 18 años  
5  En otra situación → Especifique: \_\_\_\_\_

9. No incluyendo a si mismo, ¿cuantos familiares estaban con Usted anoche? \_\_\_\_\_

**Preguntas 10-11: Favor de completar este matriz para todos los familiares que estaban con Usted anoche. INCLUYA a cualquier niño que usualmente esta con Usted pero quien pasó anoche en otro lugar. ¡NO SE INCLUYA A SI MISMO!**

10. Edad (Escriba)		11. ¿Como es esta persona relacionado a Usted? (Marque uno)			
Persona 1		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:
Persona 2		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:
Persona 3		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:
Persona 4		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:
Persona 5		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:
Persona 6		1 <input type="checkbox"/> Esposo/pareja	2 <input type="checkbox"/> Hijo/a	3 <input type="checkbox"/> Nieto/a	4 <input type="checkbox"/> Otro familiar:

12. ¿Tiene Usted un lugar permanente donde vivir? 1  Si    2  No    3  No se

13. ¿Donde pasó/pasará la noche de **Lunes, 28 de Agosto?** (Marque UNA respuesta)

1 <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	9 <input type="checkbox"/> Campo de hacienda o dormitorio
2 <input type="checkbox"/> Refugio para victimas de violencia domestica	10 <input type="checkbox"/> Hospital siquiátrica
3 <input type="checkbox"/> En la calle, debajo de un puente, edificio abandonado, edificio publico, carro, viajando por bus, acampando, etc.	11 <input type="checkbox"/> Hospital medico
4 <input type="checkbox"/> Hotel/motel que Usted paga por su cuenta mientras busca vivienda	12 <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol
5 <input type="checkbox"/> Hotel/motel pagado por otros/por certificado (vouchers)	13 <input type="checkbox"/> Cárcel
6 <input type="checkbox"/> Refugio para juveniles	14 <input type="checkbox"/> Prisión
7 <input type="checkbox"/> Temporalmente con familia o amigos <b>VER LA CAJA ABAJO</b>	15 <input type="checkbox"/> Centro de reinserción o detención juvenil
8 <input type="checkbox"/> Si con familia o amigos, ¿tiene arreglado quedarse allí permanentemente? 1 <input type="checkbox"/> Si    2 <input type="checkbox"/> No    3 <input type="checkbox"/> No se	16 <input type="checkbox"/> Vivienda de transición (limitado por tiempo)
	17 <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente
	18 <input type="checkbox"/> Algún otro lugar → ¿A donde? _____

**¡VIRAR LA PAGINA – HAY MAS PREGUNTAS POR DETRAS!**

14. En la próxima semana, ¿le van a desalojar o botar del lugar donde se esta alojando?

- 1  Si      2  No      3  No se

15. Incluyendo ahora, ¿cuál es el número total de veces que Usted ha estado sin un lugar permanente de vivir en los últimos tres años? (Marque solo UNA respuesta)

- 0  Nunca  
1  Una  
2  Dos  
3  Tres  
4  Cuatro  
5  Cinco o más

16. ¿Esta vez, cuanto tiempo ha estado sin un lugar permanente de vivir? (Marque solo UNA respuesta)

- 1  NO estoy sin vivienda  
2  Menos de 1 mes  
3  Más de 1 mes pero menos de 1 año  
4  1 - 3 años  
5  Más de 3 años  
6  No se

17. ¿En cual ciudad/pueblo pasó/pasará la noche de Lunes, 28 de Agosto 2006?

\_\_\_\_\_ (Llenar el nombre de la ciudad)

18. ¿En cual condado pasó/pasará la noche de Lunes, 28 de Agosto 2006?

\_\_\_\_\_ (Llenar el nombre del condado)

19. ¿Cuál fue el último condado (si fuera de Colorado, cual estado) que Usted consideró su lugar permanente de vivir?

\_\_\_\_\_ (Llenar el nombre del condado o estado)

20. De niño o joven, ¿alguna vez estuvo en una casa de crianza u otro tipo de colocación fuera del hogar?

- 1  Si      2  No

21. ¿Usted u otra persona en su familia ya completó una encuesta como esta ayer u hoy (de su parte o con asistencia)?

- 1  Si      2  No

22. Piensa que Usted tiene o le han dicho que tiene: (Lea cada línea y marque todos que sean pertinente.)

- 1  Enfermedad mental seria  
2  Condición seria, sea médica o física  
3  Abuso de alcohol o drogas  
4  Incapacidad en el desarrollo  
5  VIH/SIDA (HIV/AIDS)  
6  Otro → Especifique: \_\_\_\_\_

7  Ninguno de estos

23. ¿Usted o cualquier otra persona en su familia recibió algún ingreso debida al trabajo desde el principio del año?

- 1  Si      2  No

24. ¿Usted o cualquier otra persona en su familia está recibiendo CUALQUIERA de los siguientes beneficios de gobierno? (Lea cada línea y marque todos que sean pertinente)

- 1  SSI/SSDI  
2  TANF  
3  Estampillas (Food Stamps)  
4  Asistencia para Veteranos  
5  Medicaid/Medicare  
6  Algún otro beneficio del gobierno

25. ¿Porque está sin vivienda esta vez? (Lea cada línea y marque todos que sean pertinente)

- 1  No está sin vivienda → Siga a la Pregunta 26  
2  Perdió el trabajo/no encuentra trabajo  
3  Tiene trabajo pero el sueldo es muy bajo  
4  Pariente/familia disolvió/muerte en la familia  
5  Abuso o violencia en su hogar  
6  Huyó/desalojó/dieron de alta de la casa de crianza  
7  Liberaron de cárcel, prisión o centro de reinserción  
8  Problemas médicos incluyendo físico o de incapacidad en el desarrollo  
9  Desajolamiento/juicio hipotecario  
10  El costo de vivienda esta muy alto  
11  El costo de servicios públicos esta muy alto  
12  Problema de abuso con alcohol o drogas  
13  Enfermedad mental/problemas emocional  
14  Otra razón → Especifique: \_\_\_\_\_

26. ¿En el ultimo mes, de cuales servicios tuvieron necesidad Usted o cualquier miembro de su familia pero NO pudieron adquirir? (Lea cada línea y marque todos que sean pertinente)

- 1  Ayuda en buscar trabajo/asistencia de empleo  
2  Ayuda localizando Sección 8 u otra vivienda permanente  
3  Refugio de emergencia  
4  Comida  
5  Asistencia con alquiler o servicios públicos  
6  Transportación/boletos para el autobús  
7  Cuidado medico  
8  Cuidado dental  
9  Cuidado de salud mental  
10  Tratamiento contra abuso de alcohol o drogas  
11  Ayuda adquiriendo Identificación o licencia de conducir en Colorado  
12  Ayuda adquiriendo beneficios del gobierno  
13  Cuidado del los niños  
14  Otra razón → Especifique: \_\_\_\_\_

**FIN DE LA ENCUESTA**