

Sheltered Survey Form-Spanish– 2017 Point in Time Homeless Count

Agency Name: _____

Program Name: _____

Program Address: _____

Program City: _____ State: CT Zip: _____

Program Type: Emergency Shelter Transitional Housing *Do not survey residents in PSH*

Directions for using this survey form:

Read each question exactly as it is written. Do NOT read aloud the text that appears in **(bold and parentheses)**. Obtain as many answers as possible. Conclude the survey if the respondent does not wish to continue.

(INTRODUCTION:) Buenas noches. Me llamo _____. Soy un(a) voluntario/a con el CT Point in Time Count. Hacemos preguntas esta noche sobre las situaciones de vivienda. Cualquier respuesta que proporcione será confidencial y no afectará en modo alguno su derecho a recibir servicios.

- ¿ Le gustaría participar? Sí **(Continue to Question 2.)**
 No **(Skip to Question 4. Use your best judgment to answer Questions 5, 6, 7, and 8.)**
- ¿ Ha sido usted entrevistado hoy para el Point in Time Count? Sí **(Stop. Do no re-interview.)**
 No **(Continue to Question 3.)**
- ¿Cuál es tú nombre?(Si duda, pregunte cuáles son sus iniciales?)
Nombre (o iniciales)_____ Apellido (o iniciales): _____ Se negó
- ¿Cuál es sú fecha de nacimiento **(mm/dd/yyyy)**? **(Si se trata de un programa de violencia domestica, solo el año de nacimiento está bien.)** / / **Año solamente:**
- ¿ Cómo indentifica usted sú género?
 Masculino Femenino Transgénero No se identifican como Masculino, Femenino, ó Transgénero
- De las siguientes opciones. ¿que considera usted sú etnicidad?
 Ni Hispano/ Ni Latino Hispano/Latino
- ¿Qué considera usted su raza primordial? Seleccione **todos** los que aplican.
 Blanco Negro o afroamericano Asiatico Indio Americano o nativo de Alaska
 Hawaiano o de las Islas del Pacífico
- ¿Es esta la primera vez que has estado sin hogar?
 Sí No No sabe Se negó
- ¿ Cuánto tiempo llevas sin hogar esta vez? (incluir sólo el tiempo empleado en los refugios y/o en las calles).
_____ días _____ semanas _____ meses _____ años No sabe Se negó
- En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar?
 Menos de 4 veces 4 o más veces No sabe Se negó

Unsheltered Client Survey Form – SPANISH

2017 CT Point in Time Homeless Count

11. En total, ¿cuánto tiempo permaneció usted en refugios o en la calle en esas ocasiones?
 _____ días _____ semanas _____ meses _____ años No sabe Se negó
- 11a. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en esta comunidad?
 _____ días _____ semanas _____ meses _____ años No sabe Se negó
12. ¿Alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas de EE.UU. (Ejército, Armada , Fuerza Aérea , Infantería de Marina o Guardacostas) ? Sí No No sabe Se negó
13. ¿ Fue alguna vez llamado en servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o como reservista?
 Sí No No sabe Se negó

(Disabling Conditions)

14. ¿Tiene algún problema de abuso de sustancias? No El abuso de alcohol El abuso de drogas
- 14a.** En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
15. ¿Tiene un problema de salud crónica? Sí No No sabe Se negó
- 15a.** En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
16. ¿Tiene algún problema de salud mental? Sí No No sabe Se negó
- 16a.** En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
17. ¿Tiene una discapacidad física? Sí No No sabe Se negó
- 17a.** En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
18. ¿Tiene una discapacidad del desarrollo? Sí No No sabe Se negó
19. ¿Tiene VIH o SIDA? Sí No No sabe Se negó

20. ¿ Es usted un sobreviviente de violencia doméstica? Sí No No sabe Se negó

21. Si tiene familia con usted esta noche, por favor dénos la siguiente información:

Miembro de casa	Fecha de Nacimiento	Género	Etnicidad	Raza	Veterano (S/N)	Discapacidad (S/N)
Conyugé	__ / __ / ____					
Niño 1	__ / __ / ____					
Niño 2	__ / __ / ____					
Niño 3	__ / __ / ____					
Niño 4	__ / __ / ____					

Gracias