

## Unsheltered Client Survey Form – SPANISH 2017 CT Point in Time Homeless Count

Block Group (# appears at top of your map): \_\_\_\_\_

Closest Street Address (including street number): \_\_\_\_\_

CHECK IF THE PERSON WAS FOUND OUTSIDE THE BLOCK GROUP

Town in which survey was conducted: \_\_\_\_\_

**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. Skip any questions the respondent refuses. Conclude the survey if the respondent does not wish to continue. Do not wake anyone sleeping in order to conduct the survey.

**(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.

1. ¿ 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.)**
2. ¿ Ha sido usted entrevistado hoy para el Point in Time Count?  Sí **(Stop. Do no re-interview.)**  
 No **(Continue to Question 3.)**
3. ¿Cuál es tú nombre?( Si duda, pregunte cuáles son sus iniciales?)  
Nombre (o iniciales)\_\_\_\_\_ Apellido (o iniciales): \_\_\_\_\_  Se negó
4. ¿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:** \_\_\_\_\_
5. ¿ Cómo indentifica usted sú género?  
 Masculino  Femenino  Transgénero (masculino a femenino)  No se identifican como Masculino, Femenino, ó Transgénero
6. De las siguientes opciones. ¿que considera usted sú etnicidad?  
 Ni Hispano/ Ni Latino  Hispano/Latino
7. ¿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
8. ¿Es esta la primera vez que has estado sin hogar?  
 Sí  No  No sabe  Se negó
9. ¿ 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
10. 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