

Unsheltered Client Survey Form – SPANISH 2016 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 respuestas 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. ¿ Va a dormir esta noche en un lugar que por lo general no es para dormir?
 Sí No No sabe Se negó
4. ¿Cuál es su 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 su género?
 Masculino Femenino Transgénero (masculino a femenino) Transgénero (femenino a masculino)
6. ¿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
7. De las siguientes opciones. ¿que considera usted su etnicidad?
 Ni Hispano/ Ni Latino Hispano/Latino
8. Si tiene familia es 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	__ / __ / ____					

Unsheltered Client Survey Form – SPANISH
2016CT Point in Time Homeless Count

9. ¿ Es usted un sobreviviente de violencia doméstica? Sí No No sabe Se negó
- 10a. ¿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
- 10b. ¿ Fue alguna vez llamado en servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o como reservista? Sí No No sabe Se negó
11. ¿ 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
12. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar?
 Primera vez de estar sin hogar 2 o 3 veces 4 o más veces No sabe Se negó
- 12a) **(Si 4 o más veces sin hogar , pregunte:)** ¿Cuál es el número total de meses que estuvo sin hogar en los últimos tres años ?
 12 o menos meses (Especifique # de Meses: _____) Más de 12 meses No sabe Se negó

(Disabling Conditions)

- 23 ¿Tiene una discapacidad física? Sí No No sabe Se negó
23a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
- 24 ¿Tiene una discapacidad del desarrollo? Sí No No sabe Se negó
24a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
- 25 ¿Tiene un problema de salud crónica? Sí No No sabe Se negó
25a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
- 26 ¿Tiene VIH o SIDA? Sí No No sabe Se negó
26a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
- 27 ¿Tiene algún problema de salud mental? Sí No No sabe Se negó
27a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó
- 28 ¿Tiene algún problema de abuso de sustancias? No El abuso de alcohol El abuso de drogas
28a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de largo duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó

Gracias