



CONTEO DE PERSONAS SIN HOGAR 2015



22 de enero de 2015

MÓDULO DE ADIESTRAMIENTO A VOLUNTARIOS

CONTENIDO

Trasfondo

A quiénes vamos a contar

Logística

Instrumentos para recopilar datos
(cuestionarios)

Otros aspectos



TRASFONDO

TRASFONDO

El Censo de Personas sin Hogar se lleva a cabo como parte de los requisitos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano Federal (HUD, por sus siglas en inglés).

Dicha Agencia establece que cada jurisdicción debe llevar a cabo un censo de personas sin hogar por lo menos cada dos (2) años.

Su propósito es obtener datos no duplicados sobre el número de personas sin hogar, sus características y necesidades; y proveer información para la planificación de servicios al estado, municipios y entidades comunitarias.

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE EL CONTEO?

1

Ayuda a entender los cambios o tendencias relacionados a las personas sin hogar.

2

Permite planificar adecuadamente los programas y servicios dirigidos a esta población.

3

Ayuda a justificar la necesidad por fuentes de fondos adicionales.

4

Ayuda en la educación de la población sobre el problema de la deambulancia.

5

Ayuda a medir la efectividad en la erradicación y prevención de la deambulancia.



¿A QUIÉNES VAMOS A
CONTAR?

DEFINICIONES



No albergados

- Individuo o familia con una residencia nocturna primaria que es un lugar público o no diseñado para o normalmente utilizado por los seres humanos como un lugar regular de alojamiento para dormir, entre ellos un auto, parque, edificio abandonado, estación de autobús, aeropuerto, o zona de acampar.

Standard 11, 24 CFR 578.3



Albergados

- Individuo o familia que vive en un albergue supervisado, operado por una entidad pública o privada, designado para proporcionar vivienda temporera (incluyendo albergues de emergencia, vivienda transitoria, hoteles y moteles pagados por organizaciones benéficas o por programas del gobierno local, estatal o federal, para personas de bajos ingresos).

Standard 7, 24 CFR 578.3



LOGÍSTICA

LOGÍSTICA

Día:

- Miércoles, 28 y jueves, 29 de enero de 2015

Periodo del conteo:

- 6:00pm del miércoles hasta las 12:00m del jueves.

Hora de encuentro:

- Según acordado con los líderes de cada zona y municipio.

Cierre:

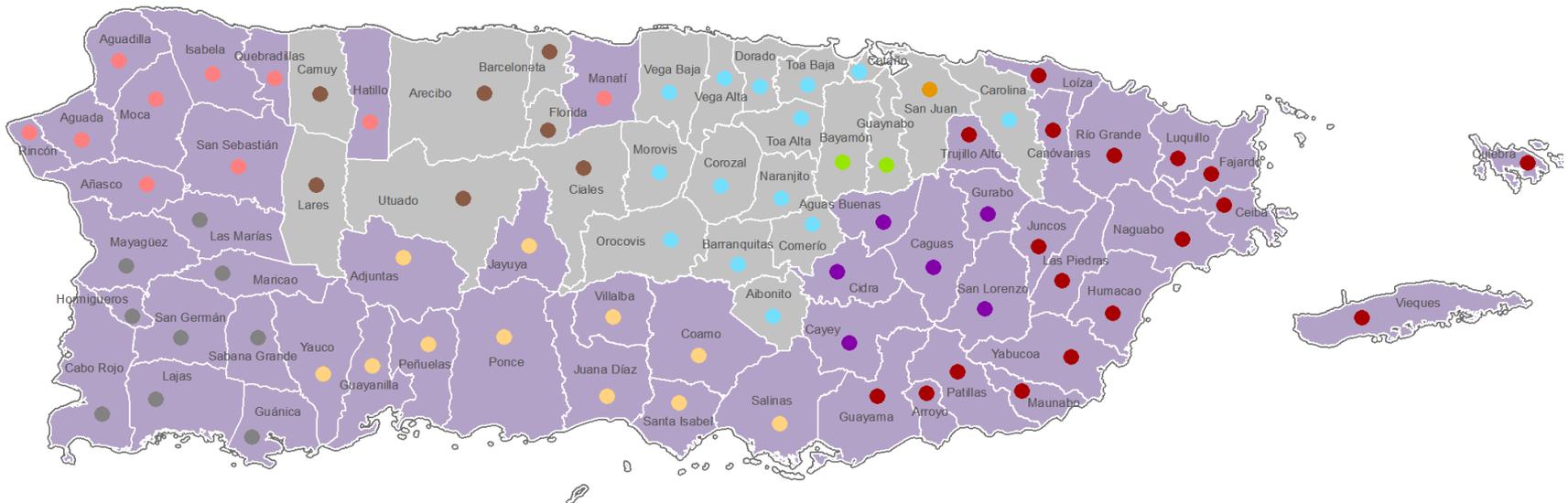
- 12:00m del jueves. Podrán contarse personas adicionales que se identifiquen en los 7 días posteriores al Conteo.

ÁREA GEOGRÁFICA

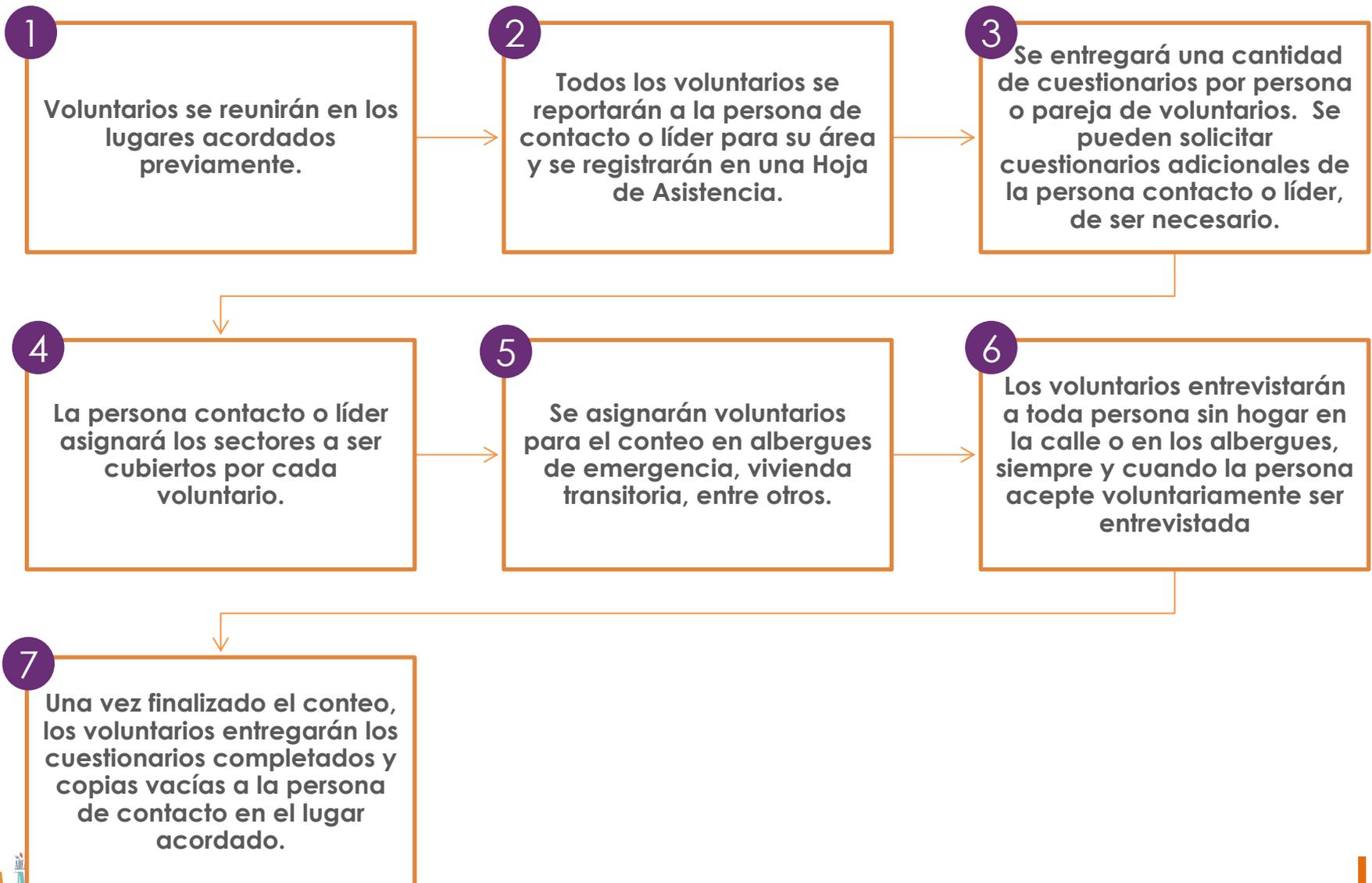
Coaliciones

- CoC Coalición de Coaliciones
- CoC Balance del Estado

- Noroeste
- Occidental
- Perla del Norte
- Otros
- CODESUR
- Central
- Guaynabo
- San Juan
- Este



PROCEDIMIENTOS





INSTRUMENTOS

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

1

La entrevista no debe tomar más de ocho (8) minutos por persona.

2

El voluntario debe identificarse como participante del Censo.

3

Se identificará a la persona como persona sin hogar de acuerdo a las definiciones provistas en la pregunta 1 del cuestionario.

4

Se le pregunta a la persona si desea colaborar en la entrevista.

5

Una vez finalice la entrevista, agradezca la participación.

INSTRUMENTOS



INDIVIDUOS

Cuestionario a personas que están deambulando solos.



FAMILIAS

Hoja para información de los demás miembros del hogar, en el caso de las personas que deambulan con familiares u otras personas.

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

<p>1. ¿Dónde (va a dormir/durmió) la noche del miércoles, 28 de enero de 2015? [Seleccione solo una categoría.]</p>	<p style="text-align: center;">No albergados</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Calle o acera <input type="checkbox"/> Vehículo (carro, van, camión) <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Casa o edificio abandonado <input type="checkbox"/> Autobús, estación del tren, aeropuerto <input type="checkbox"/> Debajo de un puente <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____ 	<p style="text-align: center;">Albergados</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Albergue de Emergencia (indique cuál) _____ <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria (indique cuál) _____ <input type="checkbox"/> <i>Safe Haven</i> (indique cuál) _____ <input type="checkbox"/> Hotel o Motel [SI INDICÓ HOTEL O MOTEL], ¿este es pagado por una agencia del gobierno municipal, estatal o federal o por una entidad sin fines de lucro? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí → [Continúe la entrevista] <input type="checkbox"/> No → [Agradezca y termine la entrevista] <input type="checkbox"/> No sabe/no indica → [Agradezca y termine la entrevista] <p>→ [Si contesta albergue de emergencia, vivienda transitoria, <i>safe haven</i> u hotel o motel subvencionado por una agencia del gobierno municipal, estatal o federal o por una entidad sin fines de lucro, y la entrevista se está realizando en la calle, agradezca y termine la entrevista].</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Casa o apartamento propio o de otra persona <input type="checkbox"/> Cárcel, hospital o centro de tratamiento <p>→ [Si contesta alguna de estas dos alternativas, agradezca y termine la entrevista]</p>
<p>2. ¿Algún otro voluntario le ha hecho estas preguntas a partir de la noche del miércoles, 28 de enero 2015?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí → [Agradezca y termine la entrevista] <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó 	

Esta sección del cuestionario determina si la persona cumple con los criterios para contestar el cuestionario, y establece los patrones de salto a seguir.

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO



Esta sección del cuestionario es muy importante para efectos de definir el tipo de unidad o familia

3. ¿Incluyéndose usted, cuántos adultos y niños van a dormir o durmieron con usted la noche del miércoles, 28 de enero de 2015?	<input type="checkbox"/> Menores de 18 años <input type="checkbox"/> Adultos de 18 a 24 años <input type="checkbox"/> Adultos de 25 a 49 años <input type="checkbox"/> Adultos de 50 años o más
(EN LOS CASOS DE PERSONAS ACOMPAÑADAS POR ADULTOS Y NIÑOS, DEBERÁ COMPLETAR UN CUESTIONARIO DE FAMILIA PARA LOS DEMÁS MIEMBROS DEL HOGAR O CONJUNTO)	
4. ¿Cuál es la razón principal para estar sin hogar? <input type="checkbox"/> Problemas familiares <input type="checkbox"/> Problemas financieros o económicos <input type="checkbox"/> Abuso de drogas <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Desahucio	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Violencia de género <input type="checkbox"/> Situación de maltrato o negligencia <input type="checkbox"/> Evasión/Fuga de institución <input type="checkbox"/> Otra, especifique: _____ _____ _____
5. ¿Cuántos años tiene? [ANOTE NÚMERO] _____	¿A) [SI TIENE DUDAS, PREGUNTE:] ¿Usted tiene? <input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> Más de 25 años <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó, estime la edad _____
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Indique (mes/día/año) _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
7. Indique su género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
8. ¿Cuál es su orientación sexual?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Indeciso <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
9. ¿Es usted hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
10. ¿Cuál es su raza? [Lea las categorías] [Puede seleccionar una o más razas].	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____ <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

<p>11. ¿Cuál es el grado de educación más alto alcanzado por usted? <i>[Lea las categorías]</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Algún grado de escuela, especifique el grado: _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____ 11</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Superior</p> <p><input type="checkbox"/> Algo de universidad sin grado</p> <p><input type="checkbox"/> Curso Técnico</p> <p><input type="checkbox"/> Grado Asociado</p> <p><input type="checkbox"/> Bachillerato</p> <p><input type="checkbox"/> Post Grado (Maestría o Doctorado)</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>		
<p>12. ¿Está estudiando actualmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>
<p>13. ¿Ha servido de manera activa en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <i>(Army, Navy, Air Force, Marine Corps, Guardia Costera)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>
<p>14. ¿Ha estado activado o ha estado en servicio activo, como miembro de la Guardia Nacional o como Reservista?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>
<p>15. ¿Alguna vez ha recibido cuidados de salud o servicios de algún Centro de Veteranos, ej. <u>Vet</u> Center u Hospital de Veteranos?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>
<p>16. ¿Es esta la primera vez que está sin hogar? [Si contesta SI pase a la pregunta 17, y luego pase a la pregunta 20] [Si contesta NO, continúe con la pregunta 17]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

<p>17. En esta ocasión: ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la calle? <i>(INCLUYA ESTADÍAS EN ALBERGUES Y/O EN LA CALLE)</i></p>	<p>_____Días _____Semanas _____Meses</p>	<p>_____Años _____ No sabe/Rehusó</p>
<p>18. Incluyendo esta vez, ¿En cuántas ocasiones ha estado viviendo en albergues de emergencia, vivienda transitoria, "Safe Haven" o en la calle en los pasados <u>3 años</u>, o sea desde enero de 2012? ¿Fueron más de 4 veces o menos de 4?</p>		<p><input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó</p>
<p>19. En total, durante los pasados tres años ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la calle o en albergues sumando todas las ocasiones? <i>(ANOTE DIAS, SEMANAS, MESES O AÑOS)</i></p> <p>_____Días _____Semanas _____Meses _____Años _____ No sabe/Rehusó</p>		



Permite determinar si es una persona sin hogar crónico

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

20. Indique si alguna de estas situaciones le aplica a usted.			
a. ¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
b. ¿Usa drogas ilegales? Esto incluye medicamentos controlados que no le fueron recetados para usted.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
c. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones de salud, tales como: diabetes, cáncer o enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/> Sí, especifique: <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Otra condición de salud Especifique cuál: _____ <input type="checkbox"/> No, ninguna <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó		
d. ¿Ha sido diagnosticado con Trastorno por Estrés Postraumático? <i>(EXPLICAR SI ES NECESARIO: condición que puede ocurrir en personas que han experimentado eventos traumáticos que amenazan la vida, tales como: desastres naturales, accidentes graves, la guerra, algún tipo de daño o muerte, violencia personal)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
e. ¿Le han diagnosticado alguna condición de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
f. ¿Tiene alguna incapacidad física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
g. ¿Ha tenido algún golpe o herida en la cabeza que le haya causado una lesión o trauma en el cerebro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
[SI UNA O MÁS DE LAS CONTESTACIONES DE LAS PREGUNTAS A HASTA LA G SON SÍ, ENTONCES PASE A LAS PREGUNTAS h/i] [SI LA PERSONA NO TIENE NINGÚN PROBLEMA DE SALUD PASE A LA PREGUNTA 21]			
h. ¿Alguna de las condiciones anteriores le impiden mantener un trabajo y/o vivienda estable? <i>(Si contesta NO o No sabe, pase a la pregunta 21)</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
i. ¿Cuáles de estas condiciones le impiden mantener un trabajo o vivienda estable?			
<input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente		<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Condición Emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral	

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

21. ¿Ha sido diagnosticado con VIH o SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
22. ¿Ha sido diagnosticado con Hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
23. ¿Ha recibido servicios de educación especial por más de seis (6) meses debido a problemas en el desarrollo (ejemplo: autismo, retardo mental, problemas de habla, ADHD)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
24. ¿Recibe beneficios por incapacidad, tales como: seguro social, veteranos, fondo del Seguro del Estado o algún otro seguro de incapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
25. ¿En alguna ocasión ha sido víctima de abuso físico, emocional y/o sexual por su pareja, algún pariente o familiar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
¡Muchas gracias por su tiempo!			

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

FAMILIAS

CUESTIONARIO PARA CONTEO DE PERSONAS SIN HOGAR 2015
 Albergados No Albergados

Rev. 1/19/2015
 COC R-502: _____ COC PR-503: _____

Número de cuestionario: _____ [ANOTE AQUÍ EL NÚMERO DE CUESTIONARIO DE LA PERSONA QUE PROVEYÓ LA INFORMACIÓN PARA LA FAMILIA]

Por favor indique la siguiente información para los adultos y menores que van a dormir o durmieron con usted la noche del miércoles, 28 de enero de 2015. Vamos a comenzar desde la persona de mayor edad hasta la persona de menor edad. Para facilitar la conversación, voy a preguntarle las iniciales de cada uno de ellos.

Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
1. ¿Cuáles son las iniciales de los adultos y menores que van a dormir o durmieron con usted la noche del miércoles del 28 de enero de 2015?					
2. ¿Cuál es la relación o parentesco de [iniciales] con usted?	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro miembro familiar <input type="checkbox"/> Pareja consensual (no casados) <input type="checkbox"/> Otro, no familia (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro miembro familiar <input type="checkbox"/> Pareja consensual (no casados) <input type="checkbox"/> Otro, no familia (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro miembro familiar <input type="checkbox"/> Pareja consensual (no casados) <input type="checkbox"/> Otro, no familia (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro miembro familiar <input type="checkbox"/> Pareja consensual (no casados) <input type="checkbox"/> Otro, no familia (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Otro miembro familiar <input type="checkbox"/> Pareja consensual (no casados) <input type="checkbox"/> Otro, no familia (especifique): _____
3. ¿Cuál es la edad de [iniciales]?					
4. Si la persona tiene dudas, pregunte: ¿[iniciales] tiene...?	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> De 25 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 años o más <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> De 25 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 años o más <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> De 25 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 años o más <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> De 25 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 años o más <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 18 años <input type="checkbox"/> De 18 a 24 años <input type="checkbox"/> De 25 a 49 años <input type="checkbox"/> 50 años o más <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
5. ¿Cuál es el género de [iniciales]?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino/Femenino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino/Masculino) <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
6. ¿[Iniciales] es hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
7. ¿Cuál es la raza de [iniciales] ?	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racional <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racional <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racional <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racional <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Multi-racional <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de alguna otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra, indique: _____
8. ¿ [INICIALES] Ha servido de manera activa en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? (<i>Army, Navy, Air Force, Marine Corps o Guardia Costera</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica
9. ¿ [Iniciales] Ha estado activado o ha estado en servicio activo, como miembro de la Guardia Nacional o como Reservista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó <input type="checkbox"/> No aplica
10. ¿ [Iniciales] alguna vez ha recibido cuidados de salud o servicios de algún Centro de Veteranos, ej. Vet center u Hospital de Veteranos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
11. ¿Es esta la primera vez que [iniciales] está sin hogar? <u>(SI CONTESTA SÍ, PASE A LA PREGUNTA 12 Y LUEGO A LA 15).</u>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
12. En esta ocasión: ¿Cuánto tiempo lleva [iniciales] viviendo en la calle? <u>(INCLUYA ESTADÍAS EN ALBERGUES Y/O EN LA CALLE)</u>	_____Días _____Semanas _____Meses _____Años <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó				
13. Incluyendo esta vez, ¿en cuántas ocasiones [iniciales] ha estado viviendo en albergues de emergencia, vivienda transitoria, "safe haven" o en la calle en los pasados 3 años, o sea desde enero de 2012? ¿Fueron más de cuatro meses o menos de cuatro meses?	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
14. En total, durante los pasados tres años, ¿cuánto tiempo lleva [iniciales] viviendo en la calle o en albergues sumando todas las ocasiones? (ANOTE DIAS, SEMANAS, MESES O AÑOS)	_____Días _____Semanas _____Meses _____Años <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó				

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

Por favor indíqueme la siguiente información para las personas de 18 años o más que van a dormir o durmieron con usted la noche del miércoles, 28 de enero de 2015.

Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
15. ¿[iniciales] consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
16. ¿[iniciales] usa drogas ilegales? Esto incluye medicamentos controlados que no le fueron recetados para usted.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
17. ¿A [iniciales] le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones de salud, tales como: diabetes, cáncer o enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
18. ¿[iniciales] ha sido diagnosticado con Trastorno por Estrés Postraumático? (EXPLICAR SI ES NECESARIO: condición que puede ocurrir en personas que han experimentado eventos traumáticos que amenazan la vida, tales como: desastres naturales, accidentes graves, la guerra, algún tipo de daño o muerte, violencia personal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
19. ¿A [iniciales] Le han diagnosticado alguna condición de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
20. ¿[iniciales] tiene alguna incapacidad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó

CÓMO COMPLETAR EL CUESTIONARIO

Preguntas	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
21. ¿[iniciales] ha tenido algún golpe o herida en la cabeza que le haya causado una lesión o trauma en el cerebro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
[SI UNA O MÁS DE LAS CONTESTACIONES DE LAS PREGUNTAS 15 HASTA LA 21 SON SI, ENTONCES PASE A LAS PREGUNTAS 22 Y 23]					
Pregunta	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4	Persona 5
22. ¿A [iniciales] alguna de las condiciones anteriores le impiden mantener un trabajo y/o vivienda estable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
23. ¿Cuáles de estas condiciones le impiden a [iniciales] mantener un trabajo o vivienda estable?	<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Condición emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Condición emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Condición emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Condición emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno Estrés Postraumático <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol <input type="checkbox"/> Condición emocional o Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Uso de Drogas <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Enfermedad Persistente <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral
24. ¿[iniciales] ha recibido servicios de educación especial por más de seis (6) meses debido a problemas en el desarrollo (ejemplo: autismo, retardo mental, problemas del habla, ADHD)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
25. ¿[iniciales] Ha sido diagnosticado con VIH o SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
26. ¿[iniciales] Ha sido diagnosticado con Hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
27. ¿[iniciales] recibe beneficios por incapacidad, tales como: seguro social, veteranos, Fondo del Seguro del Estado o algún otro seguro de incapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó
28. En alguna ocasión ¿[iniciales] ha sido víctima de abuso físico, emocional y/o sexual por su pareja, algún pariente o familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/rehusó



OTROS ASPECTOS IMPORTANTES

ASPECTOS IMPORTANTES EL SUMINISTRAR EL CUESTIONARIO

RELACIÓN ENCUESTADOR – PERSONAS ENTREVISTADAS Y ASPECTOS DE SEGURIDAD



La entrevista es una interacción social entre dos individuos, por lo que la percepción que tenga la persona entrevistada del encuestador determinará la habilidad para recopilar datos completos y exactos.

- El comportamiento del voluntario debe ser placentero, sin caer en la confianza desmedida.
- En todo momento debe mostrar una actitud respetuosa hacia la persona sin hogar, lo cual incluye respetar su espacio.
- Debe identificarse con la persona a encuestar y explicar el propósito de su presencia.
- Debe tomar precauciones en áreas de alto riesgo.
- Debe pedir autorización a líderes de los sectores para entrar a áreas de alto riesgo.
- Al final de la entrevista agradezca su participación.

ASPECTOS IMPORTANTES EL SUMINISTRAR EL CUESTIONARIO

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS



- Conozca cabalmente el cuestionario
- Haga las preguntas tal y como están redactadas; así como en el orden en que están en el cuestionario (haga todas las preguntas).
- De ser necesario utilice técnicas de sondeo o verificación en caso de que la persona malinterprete o no entienda la pregunta, se salga del tema o se muestre renuente a contestar.
- Cualquier cambio en el lenguaje de la pregunta debe anotarse en paréntesis.
- Su tono de voz debe ser uniforme.
- Debe evitar la retroalimentación “feedback” en la entrevista (evitar dar posibles contestaciones).

OTROS ASPECTOS

Vestimenta:

- Ropa casual y conservadora – preferiblemente mahón y camiseta o blusa blanca.
- Zapatos cómodos - preferiblemente cerrados o tenis.
- No se debe llevar prendas o carteras.

Alimentos:

- Voluntarios deben llevar alimentos de acuerdo a su condición de salud y agua.
- Notificar condiciones especiales de salud a su persona de contacto (en caso de emergencia).

GRACIAS

