

9. ¿Puede usted decirme su primer nombre? _____

10. ¿Puede usted por favor compartir sus iniciales? Primer: _____ Segundo: _____ Apellido: _____ No sé/Rehusó

11. ¿Cuál es su género? [Entrevistador, Si “No sabe/Rehusa”, haga su mejor presunción]:

Hombre Mujer Transgénero hombre (mujer a hombre)

Transgénero mujer (hombre a mujer) Género No-Conforme/No-Binario

12. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?: Mes _____ Día _____ Año _____ No sabe/Rehusó

13. ¿Cuántos años tienes? _____ No sabe/Negado

14. ¿En qué rango de edad te encuentras? [Entrevistador, si “No sabe/Rehusa”, haga su mejor presunción]:

Debajo 5 _____ 6-12 _____ 13-17 _____ 18-24 _____ 25-34 _____ 35-44 _____ 45-54 _____ 55-61 _____
62+ _____

15. ¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan. [Entrevistador, si “No sabe/Rehusa/ u otra”, haga su mejor presunción basada en las opciones. Si el encuestado responde Bi-racial o Multirracial, pregunte si pueden especificar cuales y luego marque todas las que correspondan.]

Blanco Negro o Africano Americano Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico

16. ¿Es usted Hispano o Latino? [Entrevistador, si “No sabe/Rehusa”, haga su mejor presunción]:

Sí (Hispano/Latino) No (No-Hispano/Latino)

17. ¿Es esta la primera vez que carece de hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
18. ¿Cuál es el tiempo total que ha vivido en las calles o en un refugio en esta ocasión? Solo incluya el tiempo pasado en refugios o en las calles. [Entrevistador: Si esta es la primera vez sin hogar, pase a la P22 después de responder esta pregunta.]	Ingrese el número de meses (redondee al mes más cercano) _____	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
[Entrevistador: Solo pregunte si NO es la primera vez que se queda sin hogar.] 19. Incluyendo esta vez, ¿Cuántas veces separadas se ha quedado usted en la calle o en un albergue de emergencia en los últimos 3 años— así como desde enero de 2017? ¿Han sido 4 veces o menos de 4 veces?	<input type="checkbox"/> Menos de 4 veces <input type="checkbox"/> 4 o más veces	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó
[Entrevistador: Solo pregunte si NO es la primera vez que se queda sin hogar.] 20. Recordando todas las veces que ha estado sin hogar en los últimos 3 años, incluyendo este tiempo, ¿cuantos meses en total ha tenido que dormir afuera o en un refugio de emergencia?	Ingrese el número de meses (redondee al mes más cercano) _____	<input type="checkbox"/> No sabe/Rehusó

21. ¿En qué condado de KY u otro Estado vivía usted cuando se quedó sin hogar esta vez?

Condado en KY: _____ Otro Estado: _____ NS/Rehusó

22. [ENTREVISTADOR: IR A LA P25 SI SOLO HAY UNA PERSONA EN EL HOGAR]

Necesito hacerle algunas preguntas específicas sobre usted y cada uno de los miembros de su hogar.

Personas JH = Jefe del Hogar	Pregunte y haga una lista de relaciones con el jefe del hogar (esposa, hijo/hija, compañero no casado y otros sin parentesco familiar.)	Entrevistador: Por favor responda la edad, género, raza y etnicidad de cada miembro del hogar, para que cada persona sea contada. NO OMITA*									
		EDAD	*GÉNERO*				*RAZA*				*ETNICIDAD*
		Edad	Hombre	Mujer	Transgénero	No exclusivamente	Blanco	Negro/Africano Americano	Nativo de Hawái/ Islas del Pacífico	Indio Americano o Nativo de Alaska	Múltiple
1: JH	Usted mismo	Si ha recopilado esta información para la persona 1 (Encuestado). Pase a la persona 2.									
2											S N
3											S N
4											S N
5											S N
6											S N

Tengo unas pocas preguntas para usted (y cualquier otro adulto (mayores de 18 años) en el hogar si corresponde)

SOLO PARA ADULTOS (o jóvenes menores no acompañados)	Persona 1 (Usted mismo)	Adulto 2	Adulto 3
23. ¿Tiene usted/esta persona algún problema de abuso de sustancias? [Entrevistador: En caso afirmativo, pregunte si es el alcohol, drogas o ambos]	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Ambos Alc/Drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Ambos Alc/Drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Ambos Alc/Drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
➤ 23a. (En caso afirmativo), ¿Es esta condición de abuso de sustancias una discapacidad a largo plazo que le perjudica a usted/ellos su capacidad para mantener un trabajo o vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
24. ¿Tiene usted/esta persona una condición de salud crónica como lupus, esclerosis múltiple, hepatitis, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
➤ 24a. (En caso afirmativo), ¿Es esta condición de salud una discapacidad a largo plazo que le perjudica a usted/ellos su capacidad para mantener un trabajo o vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
25. ¿Tiene usted/esta persona una condición de salud mental como trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia o trastorno bipolar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
➤ 25a. (En caso afirmativo), ¿Es esta condición de salud mental una discapacidad a largo plazo que le perjudica a usted/ellos su capacidad para mantener un trabajo o vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R

SOLO PARA ADULTOS (a menos que sea un menor no acompañado sin un adulto mayor de 18 en el hogar)	Persona 1 (Usted mismo)	Adulto 2	Adult 3
26. ¿Piensa usted/este adulto que tiene una discapacidad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
➤ 26a. (En caso afirmativo), ¿Es esta discapacidad física a largo plazo que le perjudica a usted/ellos su capacidad para mantener un trabajo o vivir de forma independiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
27. ¿Usted/esta persona tiene una discapacidad del desarrollo como parálisis cerebral, autismo, TDAH, o una lesión cerebral traumática?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
28. ¿Usted/esta persona recibe beneficios por discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
29. ¿Usted/esta persona tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
30. ¿Alguna vez ha servido usted/este adulto en las Fuerzas Armadas de los EE.UU (Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardacostas) o alguna vez ha sido usted/ellos llamados al servicio activo como parte de la Guardia Nacional o como reservista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
31. ¿Está usted/esta persona actualmente empleada en un trabajo por el cual recibe un cheque de pago?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/R
➤ 31a. (En caso afirmativo), ¿Es su trabajo de medio tiempo o de tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> NS/R	<input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> NS/R

Bien, solo unas cuantas preguntas más:

32. ¿Es usted sobreviviente de violencia doméstica? Sí No No sabe Rehusó

33. ¿Actualmente está sin hogar porque está huyendo de violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual o acoso?

Sí No No sabe Rehusó

[EN CASO AFIRMATIVO, FINALIZAR LA ENCUESTA] [Ir a la P34]

34. En sus propias palabras, ¿puede usted decirme que le hizo quedarse sin hogar esta vez? [Entrevistador: Seleccione todo lo que corresponda]	<input type="checkbox"/> Desempleo/Sin trabajo	<input type="checkbox"/> Fugitivo/Abuso infantil
	<input type="checkbox"/> Desalojo	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental
	<input type="checkbox"/> No hay suficiente dinero para pagar una vivienda	<input type="checkbox"/> Problemas de salud crónicos o enfermedad física/Discapacidad del desarrollo
	<input type="checkbox"/> Liberado de la cárcel sin ningún lugar a donde ir	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias
	<input type="checkbox"/> Dado de alta del hospital sin ningún lugar a donde ir	<input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación)
	<input type="checkbox"/> Razones familiares/personales	_____
	<input type="checkbox"/> Mayor de edad fuera de cuidado adoptivo sin ningún lugar a donde ir	

Gracias por tomarse su tiempo para ayudarnos. Es muy apreciado.