

Formato de Conteo a Desprotegidos (2023)-KY Balance of State CoC

Versión 1, 1/9/2023

El entrevistador **DEBE** completar esta información antes de enviar el formulario a la persona que ingresa los datos en línea:

1. Nombre del entrevistador: _____ 2. Teléfono del entrevistador: _____
3. Dirección de la calle donde se realiza la encuesta (Liste la dirección más cercana—intente incluir el número (por ejemplo, 213) además del nombre de la calle): _____
4. Ciudad/pueblo donde se realizó la encuesta: _____
5. Condado donde se realizó la encuesta: _____

"Hola, mi nombre es _____ y soy voluntario(a)/trabajo con _____. Estamos en la comunidad esta noche para encuestar a las personas que experimentan problemas de vivienda y falta de vivienda; con el fin de mejorar nuestros programas, servicios y sistemas de respuesta. Su participación es voluntaria y apreciada. Sus respuestas no serán compartidas con nadie fuera de nuestro equipo sin su permiso. Necesitaré leer cada pregunta durante toda la encuesta. **¿Puedo tener aproximadamente 5 minutos de su tiempo?**"

- Sí → [IR A LA P6] No → [AGRADEZCA AL INDIVIDUO Y VAYA A LA HERRAMIENTA DE OBSERVACION PARA DESPROTEGIDOS]

6. Antes de comenzar, ¿puede decirme si hay otros niños o adultos que considere parte de su hogar que dormirán en el mismo lugar que usted esta noche?

- Sí (Hogar—más de una persona) → [IR A LA P6a] No (Individuo Solo) → [IR A LA P7]

6a. ¿Incluyéndose a usted mismo(a), ¿cuántos adultos y niños que habitan en su hogar, dormirán en el mismo lugar en que usted dormirá esta noche? _____

7. ¿Alguien más le ha pedido hoy que haga una encuesta de vivienda?

- Sí → ["Muchas gracias, esa es la única pregunta que tengo en este momento."] No → [Continúe]

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|--|--|---|---|---------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| <p>8. ¿Dónde dormirá esta noche?</p> <p>Interviewer: "tonight" means Wed., 1/25/23. If this survey is given during day on 1/26/23, ask "where did you sleep last night?" If given on 1/27/23, "ask, where did you sleep on Wednesday night of this week?...the night before last?"</p> | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calle/Camino/Callejón/Acera</td> <td><input type="checkbox"/> Bajo un Puente/paso elevado</td> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle;">[IR A LA P9]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vehículo (carro, van, RV, camioneta)</td> <td><input type="checkbox"/> Bosque/campamento al aire libre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parque</td> <td><input type="checkbox"/> Otra ubicación sin protección (especifique debajo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edificio abandonado</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bus, estación de tren, aeropuerto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Calle/Camino/Callejón/Acera | <input type="checkbox"/> Bajo un Puente/paso elevado | } | [IR A LA P9] | <input type="checkbox"/> Vehículo (carro, van, RV, camioneta) | <input type="checkbox"/> Bosque/campamento al aire libre | <input type="checkbox"/> Parque | <input type="checkbox"/> Otra ubicación sin protección (especifique debajo) | <input type="checkbox"/> Edificio abandonado | _____ | | | <input type="checkbox"/> Bus, estación de tren, aeropuerto | | | |
| <input type="checkbox"/> Calle/Camino/Callejón/Acera | <input type="checkbox"/> Bajo un Puente/paso elevado | } | [IR A LA P9] | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vehículo (carro, van, RV, camioneta) | <input type="checkbox"/> Bosque/campamento al aire libre | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Parque | <input type="checkbox"/> Otra ubicación sin protección (especifique debajo) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Edificio abandonado | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bus, estación de tren, aeropuerto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Programa de tratamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vivienda transitoria</td> <td><input type="checkbox"/> Con amigos/familia en sus casas/apartamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado por la agencia)</td> <td rowspan="5" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="5" style="vertical-align: middle;">[SI ALGUNA DE LAS OPCIONES EN ESTA SESION FUE SELECCIONADA, AGRADEZCA AL ENTREVISTADO Y TERMINE LA ENCUESTA]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado con mis propios fondos)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Casa o apartamento usted posee o alquila</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lugar donde está siendo desalojado dentro de dos semanas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cárcel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hospital</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento | <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria | <input type="checkbox"/> Con amigos/familia en sus casas/apartamento | <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado por la agencia) | } | [SI ALGUNA DE LAS OPCIONES EN ESTA SESION FUE SELECCIONADA, AGRADEZCA AL ENTREVISTADO Y TERMINE LA ENCUESTA] | <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado con mis propios fondos) | <input type="checkbox"/> Casa o apartamento usted posee o alquila | <input type="checkbox"/> Lugar donde está siendo desalojado dentro de dos semanas | <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Hospital | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria | <input type="checkbox"/> Con amigos/familia en sus casas/apartamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado por la agencia) | } | [SI ALGUNA DE LAS OPCIONES EN ESTA SESION FUE SELECCIONADA, AGRADEZCA AL ENTREVISTADO Y TERMINE LA ENCUESTA] | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado con mis propios fondos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Casa o apartamento usted posee o alquila | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lugar donde está siendo desalojado dentro de dos semanas | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 _____ 5-12 _____ 13-17 _____ 18-24 _____ 25-34 _____ 35-44 _____ 45-54 _____ 55-64 _____
65+ _____

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 febrero de 2019? ¿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 | Multiple | Hispano/Latino Encierre "S" por "Si" "N" por "No" |
| 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 |

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 acecho?

Sí
[EN CASO AFIRMATIVO, FINALIZAR LA ENCUESTA]

No No sabe Rehusó
[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"/> Desalojo <input type="checkbox"/> No hay suficiente dinero para pagar una vivienda <input type="checkbox"/> Liberado de la cárcel sin ningún lugar a donde ir <input type="checkbox"/> Dado de alta del hospital sin ningún lugar a donde ir <input type="checkbox"/> Razones familiares/personales <input type="checkbox"/> Mayor de edad fuera de cuidado adoptivo sin ningún lugar a donde ir <input type="checkbox"/> Fugitivo/Abuso infantil | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Desastre natural (por ejemplo, tornado o inundación) - Tipo (tornado, inundación, incendio...): _____ - KY Condado: _____ - Mes y año: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de salud crónicos o enfermedad física/Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Otro (especifique a continuación) _____ |
|---|--|--|

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