

# Formato de Conteo a Desprotegidos (2022)-KY Balance of State CoC

Versión 1, 2/7/2022

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><b>8. ¿Dónde dormirá esta noche?</b></p> <p><b>Entrevistador: "Esta noche" significa, miércoles, 23 de febrero de 2022. Si esta encuesta se hace el 24 de febrero de 2022, pregunte "¿Dónde durmió anoche?"</b></p>	<input type="checkbox"/> Calle/Camino/Callejón/Acera <input type="checkbox"/> Vehículo (carro, van, RV, camioneta) <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Edificio abandonado <input type="checkbox"/> Bus, estación de tren, aeropuerto	<input type="checkbox"/> Bajo un Puente/paso elevado <input type="checkbox"/> Bosque/campamento al aire libre <input type="checkbox"/> Otra ubicación sin protección (especifique debajo) _____	} [IR A LA P9]
	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (pagado por la agencia) <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"/> Programa de tratamiento <input type="checkbox"/> Con amigos/familia en sus casas/apartamento	

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/Islas 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.

<b>Personas</b> 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.)	<b>Entrevistador: Por favor responda la edad, género, raza y etnicidad de cada miembro del hogar, para que cada persona sea contada. NO OMITA*</b>										
		<b>*EDAD*</b>	<b>*GÉNERO*</b>				<b>*RAZA*</b>					<b>*ETNICIDAD*</b>
		Edad	Hombre	Mujer	Transgénero	No exclusivamente	Blanco	Negro/Africano Americano	Nativo de Hawaii/ 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)

<b>SOLO PARA ADULTOS (o jóvenes menores no acompañados)</b>	<b>Persona 1 (Usted mismo)</b>	<b>Adulto 2</b>	<b>Adulto 3</b>
<b>23. ¿Tiene usted/esta persona algún problema de abuso de sustancias? [Entrevistador: En caso afirmativo, pregunte si es el alcohol, drogas o ambos]</b>	<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
➤ <b>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?</b>	<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
<b>24. ¿Tiene usted/esta persona una condición de salud crónica como lupus, esclerosis múltiple, hepatitis, etc.?</b>	<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
➤ <b>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?</b>	<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
<b>25. ¿Tiene usted/esta persona una condición de salud mental como trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia o trastorno bipolar?</b>	<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
➤ <b>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?</b>	<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

<b>SOLO PARA ADULTOS (a menos que sea un menor no acompañado sin un adulto mayor de 18 en el hogar)</b>	<b>Persona 1 (Usted mismo)</b>	<b>Adulto 2</b>	<b>Adult 3</b>
<b>26. ¿Piensa usted/este adulto que tiene una discapacidad física?</b>	<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
➤ <b>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?</b>	<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
<b>27. ¿Usted/esta persona tiene una discapacidad del desarrollo como parálisis cerebral, autismo, TDAH, o una lesión cerebral traumática?</b>	<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
<b>28. ¿Usted/esta persona recibe beneficios por discapacidad?</b>	<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
<b>29. ¿Usted/esta persona tiene SIDA o alguna enfermedad relacionada con el VIH?</b>	<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
<b>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?</b>	<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
<b>31. ¿Está usted/esta persona actualmente empleada en un trabajo por el cual recibe un cheque de pago?</b>	<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
➤ <b>31a. (En caso afirmativo), ¿Es su trabajo de medio tiempo o de tiempo completo?</b>	<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  
[EN CASO AFIRMATIVO, FINALIZAR LA ENCUESTA]

No  No sabe  Rehusó  
[Ir a la P34]

<p><b>34. En sus propias palabras, ¿puede usted decirme que le hizo quedarse sin hogar esta vez? [Entrevistador: Seleccione todo lo que corresponda]</b></p>	<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.