

Unsheltered Client Survey Form – SPANISH
Aligned with Survey on CountingUs Mobile app
2017 Point in Time Homeless Count

Closest Street Address (including street number): _____

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 respuesta 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. ¿Cuál es tú nombre?(Si duda, pregunte cuáles son sus iniciales?)
Nombre (o iniciales) _____ Apellido (o iniciales): _____ Se negó
4. ¿Cuál es sú 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 sú género?
 Masculino Femenino Transgénero (masculino a femenino) No se identifican como Masculino, Femenino, ó Transgénero
6. De las siguientes opciones. ¿que considera usted sú etnicidad?
 Ni Hispano/ Ni Latino Hispano/Latino
7. ¿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
8. ¿Es esta la primera vez que has estado sin hogar?
 Sí No No sabe Se negó
9. ¿ 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
10. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar?
 Menos de 4 veces 4 o más veces No sabe Se negó

Unsheltered Client Survey Form – SPANISH 2017 CT Point in Time Homeless Count

11. En total, ¿cuánto tiempo permaneció usted en refugios o en la calle en esas ocasiones?
 _____ días _____ semanas _____ meses _____ años No sabe Se negó
12. ¿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
13. ¿ Fue alguna vez llamado en servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o como reservista? Sí No No sabe Se negó

(Disabling Conditions)

14. ¿Tiene algún problema de abuso de sustancias? No El abuso de alcohol El abuso de drogas
14a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó

15. ¿Tiene un problema de salud crónica? Sí No No sabe Se negó
15a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó

16. ¿Tiene algún problema de salud mental? Sí No No sabe Se negó
16a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó

17. ¿Tiene una discapacidad física? Sí No No sabe Se negó
17a. En caso afirmativo, ¿es esta una discapacidad de larga duración que afecta la capacidad de mantener un trabajo o vivir de forma independiente? Sí No No sabe Se negó

18. ¿Tiene una discapacidad del desarrollo? Sí No No sabe Se negó

19. ¿Tiene VIH o SIDA? Sí No No sabe Se negó

20. ¿ Es usted un sobreviviente de violencia doméstica? Sí No No sabe Se negó

21. Si tiene familia 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	__ / __ / ____					

Gracias