

**SERIE ESTATAL EN NJ-ENCUESTA SOBRE EL CUIDADO "Point in Time" – ENERO 25, 2012**

**DIGA:** Hola mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy buscando información sobre los residentes de NJ.  
Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su vivienda y salud.

**1. Donde se va a quedar la noche de enero 25 de 2012 (marque uno)**

<input type="checkbox"/>	En la calle, debajo el puente, edificio abandonado, edificio público, auto, bus, o lugar campestre
<input type="checkbox"/>	No tengo vivienda permanente y no tengo donde quedarme
<input type="checkbox"/>	Refugio de emergencia
<input type="checkbox"/>	Vivienda de transición o temporal
<input type="checkbox"/>	Hotel/motel pagado por una agencia porque no tiene vivienda.
<input type="checkbox"/>	Refugio para víctimas de Violencia Doméstica
<input type="checkbox"/>	Refugio para jóvenes
<input type="checkbox"/>	Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/>	Vivienda temporal con amigos y familia
<input type="checkbox"/>	Hotel/motel que usted paga en lo que consigues vivienda
<input type="checkbox"/>	Hospital Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	Prisión
<input type="checkbox"/>	Prisión/Detención juvenil
<input type="checkbox"/>	Vivienda en una finca por su empleo
<input type="checkbox"/>	Hospital Medico
<input type="checkbox"/>	Centro de Re habitación de drogas y alcohol
<input type="checkbox"/>	Otro? Donde?

**2. En qué pueblo dormirás esta noche?**

Pueblo: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**3. Cual fue su última residencia permanente?**

Pueblo: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**4. Cuantos niños (menor de 18) estará con usted esta noche?**

<input type="checkbox"/>	Cuantos niños menos de 6 años	<input type="checkbox"/>	Numero de niños entre 7 y 17
<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	(Si marcaste Si) Niños contados en otra encuesta.		

**Cuanto hace que usted no tiene una dirección permanente?**

<input type="checkbox"/>	1 día a 1 semana	<input type="checkbox"/>	3 a 6 meses
<input type="checkbox"/>	1 semana a 1 mes	<input type="checkbox"/>	7 a 12 meses
<input type="checkbox"/>	1 mes a 3 meses	<input type="checkbox"/>	Mas de 1 año

**5. Si has estado sin hogar por más de un año, y tienes niños, han estado contigo todo el año?**

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

**6. Si has estado sin hogar en menos de un año, aparte de ahora, has estado sin hogar?**

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

**7. Has estado sin hogar por lo menos 4 veces durante los último 3 años (desde Enero 25, 2009)?**

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

**8. Si marcaste Si, y tienes niños, estaban con usted durante este tiempo?**

<input type="checkbox"/>	Todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	Parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	Nunca
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-------

**10. Cuales de lo siguiente ingresos recibe usted o su familia?**

<input type="checkbox"/>	SSI	<input type="checkbox"/>	desempleo
<input type="checkbox"/>	SSDI	<input type="checkbox"/>	Beneficios para Veterano
<input type="checkbox"/>	TANF Welfare (Para familias con niños)	<input type="checkbox"/>	Jornalero
<input type="checkbox"/>	Asistencia General/Pública	<input type="checkbox"/>	Pensión de Alimento
<input type="checkbox"/>	Medicaid	<input type="checkbox"/>	Cupones de Alimento
<input type="checkbox"/>	Medicare	<input type="checkbox"/>	Otro:
<input type="checkbox"/>	Seguro Social	<input type="checkbox"/>	No recibes ayuda del gobierno
<input type="checkbox"/>	Salario	<input type="checkbox"/>	No recibes salario

**11. Cuanto recibes de ingreso? \_\_\_\_\_**

12. En los últimos 3 años, has recibido, estas recibiendo o le gustaría recibir algunos de los servicios indicado?

<i>Servicio</i>	<i>Recibió usted</i>	<i>Tienes necesidad de</i>
Salud Mental		
Servicios para Abuso y Uso de Sustancia (drogas)		
VIH/SIDA		
Violencia Domestica		
Medico por discapacidad		
Servicio de Veteranos		
Ayuda para obtener ID		
Cuidado de niño		
Salud Dental		
Entrenamiento Profesional		
Emergencia para obtener comida		
Refugio de Emergencia		
Empleo		
Vivienda		
Immigración		
Legal		
Medico (cuido regular)		
Transportación		
Otro:		

13. Ha servido usted en el militar?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

14. Cuál es su origen étnico: (marque solamente uno)

<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>	No Hispano ni Latino
--------------------------	------------------	--------------------------	----------------------

15. Describa usted su origen racial? (marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/>	Indio Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Hawaiano
<input type="checkbox"/>	Asia (India, Oriente Medio )	<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Negro	<input type="checkbox"/>	Otro

16. Cuál es su sexo? (marque uno)

<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Transgénero
--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------

17. Cuál es su edad? \_\_\_\_\_

18. En los últimos 3 años, ha sido usted desalojado al ser despedido de las siguientes instituciones?

<input type="checkbox"/>	La Prisión
<input type="checkbox"/>	La cárcel del municipio o condado
<input type="checkbox"/>	Centro de detención juvenil
<input type="checkbox"/>	El Hospital Medico (incluye sala de emergencia)
<input type="checkbox"/>	Institución del Estado para el tratamiento de salud mental de pacientes internados
<input type="checkbox"/>	Institución del Condado o Municipio para el tratamiento de salud mental de pacientes internados.
<input type="checkbox"/>	Institución privada y hospitalización para personas que consumen sustancias o drogas.
<input type="checkbox"/>	Cuidado adoptivo

19. Que ha pasado en su vida que lo ha llevado a su situación en la que vive? (marque todo lo que aplica):

<input type="checkbox"/>	Problemas de drogas y alcohol
<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Riesgo de desalojo
<input type="checkbox"/>	Desalojo o ejecución hipotecaria
<input type="checkbox"/>	No alcanza el dinero que se gana por su empleo
<input type="checkbox"/>	Mi casa fue condenada
<input type="checkbox"/>	Vivienda es muy costoso
<input type="checkbox"/>	Por encarcelación
<input type="checkbox"/>	Perdida de pensión alimenticia de niños
<input type="checkbox"/>	Perdió su empleo/no consigue trabajo
<input type="checkbox"/>	Perdió trabajo debido a la falta de transportación
<input type="checkbox"/>	Problemas de Salud/Descapacidades
<input type="checkbox"/>	Problemas mentales/emocionales
<input type="checkbox"/>	Desastre Natural
<input type="checkbox"/>	Problemas familiares/separación o muerte
<input type="checkbox"/>	Utilidades cuestan mucho dinero
<input type="checkbox"/>	Otro. Describe:

20. Identificador:

Apellido \_\_\_\_\_ (primeros 3 letras)

Primera inicial de apellido: \_\_\_\_ (primera letra) Inicial del primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

**Digas:** Muchas Gracias por su tiempo y atención.