

Lee County Homeless Coalition 2010 Encuesta Anual

Sus respuestas a las preguntas de la encuesta siguiente nos ayudará a entender cómo podemos satisfacer mejor las necesidades de las personas que carecen de hogar o en riesgo de convertirse en personas sin hogar en el condado de Lee. Puede elegir no responder algunas de las preguntas. También puede dejar de responder en cualquier momento. Sus respuestas no afectará a los servicios disponibles a usted o a su familia.

Primer Nombre _____ **Segundo Nombre** _____ **Apellido** _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ **Estado Matrimonial** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Masculino Femenino **Eres Ciudadano(a)?** Sí No **Eres Veterano?** Sí No

Cual es su raza? (Puedes seleccionar más de una) Indio Americano/Alaska Nativo Asiano

Negro/Afro Americano Nativo Hawaiano/Otra Isla Pacifica Blanco Otro

Eres Hispano ó Latino? Sí No **Lenguaje Primario** _____

Empleo Tiempo Entero Tiempo Medio Desempleado Retirado **Educacion** (Grado más Alto) _____

Tienes un lugar donde estar regularmente? Sí No

Dónde pasastes la noche el domingo, Enero 24, 2010?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin hogar (calle, parque, auto, etc.) | <input type="checkbox"/> Hogar propio | <input type="checkbox"/> Con familia |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento de emergencia, incluyendo hotel | <input type="checkbox"/> Hogar propio con subsidio | <input type="checkbox"/> Con amistades |
| <input type="checkbox"/> Hogar transicional para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Hogar rentado | <input type="checkbox"/> Cuido de Huerfano |
| <input type="checkbox"/> Hogar permanente para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Hogar rentado con subsidio | <input type="checkbox"/> Hospital (no-siquiátrico) |
| <input type="checkbox"/> Facilidad Siquiátrica | <input type="checkbox"/> VASH | <input type="checkbox"/> Jail/Prison |
| <input type="checkbox"/> Facilidad de tratamiento de abuso de sustancia | <input type="checkbox"/> Hogar rentado con subsidio | <input type="checkbox"/> Otro (favor especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Refugio | | |

Si estas con **familia o amistades** es por perdida de hogar o empleo? Sí No

Dentro de los últimos 3 años, cuantas veces haz estado sin un lugar fijo?

Una vez 2 – 3 veces 4 o más veces Ninguno

Sí esta sin hogar cuanto tiempo hace? Una semana o menos Más de una semana, menos de un mes

1 a 3 meses Más de 3 meses, menos de un año Un año o más

Tienes una condición incapacitante? Sí No

Tienes uno de los siguientes?

Incapacidad Físico Incapacidad de Desarrollo Salud Mental Droga Alcohol HVI/SIDA

Alguna vez haz sido niño adoptivo? Sí No

Haz sido Victima de Violencia Domestica? Sí No

Tienes miembros de la familia que vive con usted ahora? Yes No *(Sí NO, continúe a la proxima pg.)*

Si contesto sí, incluyendo usted, otros adultos y niños, cuantos miembros de la familia hay en total? _____

Estos miembros de su familia han llenado una encuesta? Sí No

Niños menor de 18 años Cuantos niños hay en total: _____ **Adultos** Cuantos adultos hay en total: _____

Género(s): _____ **Edad(es):** _____ **Género(s):** _____ **Edad(es):** _____ **Veterano:** _____

Cuanto tiempo haz estado en el Condado de Lee? Una semana o menos Más de una semana, menos de un mes
 1 a 3 meses Más de 3 meses, menos de un año Un año o más

En qué ciudad vivías cuando se quedo sin hogar? _____ **Código Postal?** _____

Porque razón se quedo sin hogar? empleo/razones financieras problemas familiares problemas con hogar
 natural/otros desastres inmigración reciente medico/problemas de incapacidad forzado a trasladar de mi casa

Recibes algunos de estos siguientes tipos de ingreso?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Empleo | <input type="checkbox"/> Compensación de Incapacidad | <input type="checkbox"/> Penson de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> Penson Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Asistencia General | <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio |
| <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> SSA por Retiro | <input type="checkbox"/> Otro recurso |
| <input type="checkbox"/> Veterano Incapacitado | <input type="checkbox"/> Penson de Veterano | <input type="checkbox"/> Ningún recurso financiero |
| <input type="checkbox"/> Seguro privado por incapacitado | <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos | |

Cobertura de Seguro Primario

Medicare Medicaid Comercio (Auspiciado por su Empleador) Comercial (Póliza Individual) Ningún

Solicitudes para Servicios

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comida (Cupones / Despensa / Cocina) | <input type="checkbox"/> Educación (GED / Entreno en el Trabajo) | <input type="checkbox"/> Programa de Alcance |
| <input type="checkbox"/> Vivienda temporera (Emergencia) | <input type="checkbox"/> Servicios Médico | <input type="checkbox"/> Manejo de Casos |
| <input type="checkbox"/> Reubicacion de vivienda (Permanente) | <input type="checkbox"/> Lentes / Examen de Visión | <input type="checkbox"/> Asistencia para leer y escribir |
| <input type="checkbox"/> Material (Ropa) | <input type="checkbox"/> Servicio para abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Espiritual / Servicios de Iglesias |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Cuido para Salud Mental | <input type="checkbox"/> Otro: (Especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Servicios para VIH/SIDA | _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicio de Guarderia Infantil | <input type="checkbox"/> Justicia Criminal / Ayuda Legal | _____ |

Cual es el estatus de su licencia de Manejar? Corriente Suspendida Fuera del Estado Nunca he tenido uno

Tienes identificación del estado de Florida? Sí No Otro (Especifica) _____

Para uso oficial solamente:

Person Completing Survey: _____ Date: _____
Location Where Survey Completed: (Agency Name or Street Address)
Street: _____ Zip: _____
Type of Location: <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Camp <input type="checkbox"/> Housing Facility <input type="checkbox"/> Public Building
Notes: _____
Were there any other individuals at the location that you were unable to survey? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
If Sí How Many? _____ Males _____ Females _____
_____ Ages _____ Ages _____