

Individuo #1	Primero Inicial	Segunda Inicial	Última Inicial	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Nacimiento Mes: <input type="text"/> Día: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
Individuo #2	Primero Inicial	Segunda Inicial	Última Inicial	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Nacimiento Mes: <input type="text"/> Día: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
Individuo #3	Primero Inicial	Segunda Inicial	Última Inicial	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Nacimiento Mes: <input type="text"/> Día: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
Individuo #4	Primero Inicial	Segunda Inicial	Última Inicial	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Nacimiento Mes: <input type="text"/> Día: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>

Discapacidades (Para cada individuo mencionado arriba, marque el número relacionado si tienen alguna discapacidad.)

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 2 3 4 Física/Médica (permanente) | 1 2 3 4 Física/Médica (temporalmente) |
| 1 2 3 4 Salud Mental | 1 2 3 4 Abuso de Alcohol/Drogas |
| 1 2 3 4 Visual (Sin Corregir) | 1 2 3 4 Desarrollo |
| 1 2 3 4 VIH/SIDA | 1 2 3 4 Capacidad de leer y escribir |
| 1 2 3 4 Dental Sin Tratamiento | 1 2 3 4 Otro: _____ |

Fuerzas Armadas de los Estados Unidos

Si cualquier miembro de su casa ha servido activamente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, encierren por favor el número relacionado del individuo de arriba: 1 2 3 4

Asistencia de la Administración de Veteranos

Si cualquier miembro de su casa está recibiendo asistencia de la Administración de Veteranos, encierren por favor el número relacionado del individuo de arriba: 1 2 3 4

Información de la Casa (Aplica a todos los mencionados arriba)

¿Dónde pasó la noche? (marque solo uno)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Refugio De Emergencia
nombre: _____ | <input type="radio"/> Programa de Vivienda Transitorio (para desamparados)
nombre: _____ |
| <input type="radio"/> Temporalmente viviendo con amigos o familia (de un lugar a otro) | <input type="radio"/> Al aire libre (Calle, Tienda de Campaña) |
| <input type="radio"/> Vehículo | <input type="radio"/> Edificio Abandonado |
| <input type="radio"/> Ahora en Cárcel | <input type="radio"/> Programa de vivienda permanente con apoyo
nombre: _____ |

Código Postal _____ **o Ciudad** _____

¿En que mes y año quedo desamparada?

Mes _____ **/Año** _____

¿Cuántas veces ha estado desamparada en los pasados tres años? _____

¿Cuáles situaciones le han causado estar sin vivienda? (Marque todos los que sean aplicables)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Víctimas de Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Desalojado por falta de pago |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Empleo | <input type="checkbox"/> Desalojados por otras razones |
| <input type="checkbox"/> Costos Médicos | <input type="checkbox"/> No puede pagar renta/ hipoteca |
| <input type="checkbox"/> Declarado culpable de un delito grave | <input type="checkbox"/> Declarado culpable de un delito menor |
| <input type="checkbox"/> Mal crédito | <input type="checkbox"/> Ruptura Familia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> No paso la prueba de droga para empleo |
| <input type="checkbox"/> Problemas Médicos | <input type="checkbox"/> Situación temporal de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Le dieron de alta de una institución o de la cárcel |
| <input type="checkbox"/> Falta de Cuidado de Niños | <input type="checkbox"/> Falta de Habilidades de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Barreras con el idioma | <input type="checkbox"/> Envejecido fuera de ciudadano foster |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Fuente de los ingresos del hogar (marque todos los que sean aplicables)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Trabajo de Medio Tiempo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública | <input type="checkbox"/> Empleado con bajo salario |
| <input type="checkbox"/> Familia, Pareja o Amigos | <input type="checkbox"/> Trabajo de día a día |
| <input type="checkbox"/> Labor e Industria o Compensación del trabajador | <input type="checkbox"/> Trabajo de granja o de campo |

¿Cuál es el código postal del apartamento, del cuarto, o de la casa donde ha vivido por seis meses consecutivos o mas?

Código Postal: _____

O Ciudad: _____

Instrucciones

Por lo menos, completan por favor el género y el año nacidos para cada miembro de la casa. Si usted no conoce al año exacto del nacimiento de un miembro de las casa, las conjeturas son aceptables.

****Importante: No proporcione las iniciales, día del nacimiento, o mes del nacimiento para las víctimas de la violencia doméstica o de cualquier persona usted no ha escrito consentimiento informado de (firma abajo).**** Sin embargo, una firma no es necesario recoger la otra información.

¿Cuál es el propósito de esta encuesta?

El propósito de esta encuesta es ayudar con el planeamiento de proporcionar servicios y de contenerlos a los individuos desamparados e identificar los tipos de ayuda necesitados.

¿Quién debe completar la encuesta?

Cualquier persona sin hogar. "Sin hogar" significa a personas que, en un día o noche particular, no tienen un abrigo decente y seguro o suficientes fondos para comprar un lugar para permanecer.

La gente que vive en una vivienda que carece cualquiera del siguiente debe ser considerada "sin hogar" (cheque "que vive fuera de puertas"): capacidad de cocinar el alimento caliente, el agua potable, el baño, el calor, o la capacidad de bañarse. Consideran a la gente que vive en refugios de emergencia y transitorios sin hogar. (Para los propósitos de esta encuesta, la vivienda transitoria se refiere al alojamiento con un límite de 2 años donde está un requisito previo el ser sin hogar para la elegibilidad y los servicios de la gerencia del caso se requieren como parte del programa, tal como THOR y HOME TBRA.) (véase las pautas de la cuenta para más clarificación)

La gente que vive temporalmente con la familia o los amigos debido a la pérdida de vivienda, de dificultad económica, o de una razón similar (referido como a menudo "doubled-up" o "couch surfing") debe completar esta encuesta.

Cualquier persona que vive en una de las situaciones enumeró en la pregunta "¿donde pasó la noche?" debe completar esta encuesta.

Personas viviendo en un cuarto de permanente apoyo sólo necesidad de completar "¿donde pasó la noche?" y no necesitan para completar el resto de la encuesta.

Información de Identificación

No proporcione por favor su número de Seguridad conocida, Social, o cualquier cosa que le identifica por nombre.

Información Individual

El espacio se proporciona para coleccionar la información que identifica única (iniciales, género, y cumpleaños) y una cierta información básica para cuatro individuos. Si hay más de cuatro miembros en su casa, sujete con grapa una segunda forma al primera e incorpore la información del cliente sobre la segunda forma.

Información de Casa

La información colectada en la sección de "información de la casa" se aplica a todos los miembros de la casa enumerada en los espacios en blanco "individuales". **Consideran a una sola persona una casa** (es decir, "una casa que consiste en una persona"), así que **los solos individuos deben completar la sección de la casa.**

¿Qué si no sé, o soy poco dispuesto proporcionar una respuesta a una pregunta?

No se requiere ninguna parte de la encuesta. Si usted no sabe una respuesta, es incómodo proporcionando una respuesta, usted puede dejar el espacio de la pregunta en blanco. Por lo menos por favor complete el género y el año del nacimiento para cada miembro de la casa. Si usted no sabe el año exacto del nacimiento de un miembro de la casa, las conjeturas son aceptables.

Preguntas adicionales sobre esta encuesta.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre cómo completar esta encuesta o cómo esta información será utilizada, por favor no dude en llamar (360) 725-3028.

Consentimiento Para Proporcionar Iniciales y Cumpleaños

Para proporcionar los servicios más eficaz en moviendo la gente desamparada a una vivienda permanente, necesitamos una cuenta exacta de toda la gente que vive la experiencia de falta de vivienda en el estado de Washington.

Para asegurar de que no se cuente dos veces si usted consigue servicios de otra agencia, necesitamos recoger la información personal sobre usted. Específicamente, **necesitamos sus iniciales y fecha del nacimiento.** La información será almacenada por siete años.

Guardaremos esta información con políticas de la seguridad para proteger su privacidad. Nuestro sistema de computación es seguro y utiliza características de la protección tales como cifrado y contraseñas de datos.

Todavía aun, el riesgo pequeño de una abertura de la seguridad existe, y alguien puede obtener y utilizar su información inapropiadamente. Si usted sospecha que los datos del Point In Time Count se ha empleado mal, entre en contacto inmediatamente con CTED en (306) 725-3028.

Sea si o no usted elija a consentir a la colección de su información personal no afectará la calidad o la cantidad de ningún servicio(s) que usted es elegible a recibir. Sin embargo, si usted elige consentir, los servicios pueden mejorar en el futuro si podemos recoger la información exacta sobre nuestros clientes sin hogar y qué necesitan la mayoría.

Gracias por ayudarnos mejorar servicios a las personas sin hogar.

Firma: _____

Fecha: _____