

2022 Encuesta de Vivenda del Condado de San Luis Obispo

Fecha de la Encuesta: _____ Vecindario o ciudad: _____

Rechazos: _____ (tally)
 Nombre del Encuestador: _____
 Sitio: _____

--	--

Marque los círculos así --> ●
 NO es correcto hacerlo así --> ✗

Sección A: Datos Demográficos

- Cuáles son las iniciales de sus nombres/apellido?

--	--	--	--

 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____
- Cuál es su fecha de nacimiento?
 Mes _____ Día _____ Año _____
- Con qué género se identifica? (Marque las que apliquen)
 Hombre Mujer Transgénero
 Un género que no es singularmente mujer o hombre*
 Cuestionando No responde
- Con qué etnia se identifica?
 Hispano/Latin(a)(o)(x) No-Hispano/No-Latino(a)(o)(x)
 No sabe No responde
- Con qué raza o razas se identifican? (Marque las que apliquen)
 Blanco Negro, Afroamericano, o Africano
 Asiático o Asiático Americano
 Indio Americano, Nativo de Alaska, o Indígena
 Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico
 No sabe No responde
- Se considera usted...?
 Heterosexual Lesbiana Bisexual Gay
 Queer Otro: _____ No responde
- Está embarazada actualmente?
 Sí No No sabe No responde
- Alguna vez estuvo en foster care?
 Sí No No sabe No responde
- Tiene una mascota (que vive actualmente con usted)?
 Sí No No responde

Sección B: Estatus de Veteranos

- Ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de U.S.? (Armada, Naval, Aérea, Cuerpo de Marina o la Guardia Costera)
 Sí No No sabe No responde
- Se le ha llamado a prestar servicio activo con la Guardia Nacional o como reservista?
 Sí No No sabe No responde
- Hay alguien más en su hogar que es Veterano?
 Sí No No sabe No responde

*(por ejemplo, no binario, género fluido, agénero, género culturalmente específico)

Sección C: Alojamiento

- En donde se quedó/durmió la noche del martes 22 de Febrero? (Marque 1)
 Patio o estructura de bodega (Vaya a la Pregunta #2)
 Motel/hotel pagado con bono/agencia (Vaya a la Pregunta #2)
 Lugar de casa que normalmente NO se usa para dormir (cocina, sala, pasillos) o garaje sin modificación
 Refugio de Emergencia
 Hogar de paso/transitorio
 Lugares públicos (estación de tren/bus, centro de tránsito)
 Al aire libre/calles/parques
 Van Auto/vehículo C6

--	--	--	--

 Campero/RV
 Tienda de campaña C1A

--	--

 Edificio abandonado/cuadra
 Campamento Otro: _____
- 1a. Cuántas personas, incluyéndose usted, suelen alojarse dentro de su tienda de campaña, carro, camioneta o campero/RV?
 # personas _____
2. Es la primera vez que se encuentra desamparado/sin hogar?
 Sí No No responde
3. Cuánto tiempo lleva sin hogar esta vez? (Marque 1)
 7 días o menos 4-6 meses Más de 1 año
 8-30 días 7-11 meses No responde
 1-3 meses 1 año
4. Cuántas veces ha vuelto a estar sin hogar en los últimos 3 años, incluyendo esta vez? (Marque 1)
 Una vez 3 veces 5 veces No responde
 2 veces 4 veces 6 veces o más
5. Ha estado viviendo en un Refugio de emergencia o en las calles (incluyendo estaciones de bus, campamentos, edificios abandonados, vehiculos etc) por un año (12 meses) o más?
 Sí No No responde
6. Además de esta vez, cuánto tiempo diría que ha estado en este tipo de lugares en total en los últimos 3 años?
 Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____
7. Qué edad tenía la primera vez que quedó sin hogar / desamparado?
 0-17 años 25-39 años 50-64 años
 18-24 años 40-49 años 65 o más
 No responde

Sección D: Miembros del Hogar

- Cuántas personas hay en su hogar, incluyéndose usted? _____ D1

--	--
 - Tiene algún hijo menor de 18 años? Sí No No sabe No responde
 - Hay alguno de sus hijos menores de 18 años actualmente viviendo con UD? Todos Algunos Ninguno No sabe No responde
 - Vive solo o con otros miembros de su familia?
 Con otros miembros de familia Solo ==> Vaya a Sección E
- Le haré una serie de preguntas acerca de los miembros de su hogar que estaban con usted la noche del Martes, 22 de Febrero. Le preguntaré por cada persona, una a la vez. Para asegurar que registramos a cada persona, le voy a pedir comparta la primera letra de sus nombres y apellidos.

Cuáles son sus iniciales? (primer Nombre y primer Apellido)	(A) N__A__	(B) N__A__	(C) N__A__	(D) N__A__	(E) N__A__	(F) N__A__
5. Qué relación tienen con usted?						
Hijo/a	<input type="checkbox"/>					
Esposo/a	<input type="checkbox"/>					
Pareja sin matrimonio	<input type="checkbox"/>					
Otro miembro de familia	<input type="checkbox"/>					
Otra persona no miembro de la familia	<input type="checkbox"/>					
6. Qué edad tiene?						
Menor de 18	<input type="checkbox"/>					
18 - 24	<input type="checkbox"/>					
25 o más	<input type="checkbox"/>					
7. Con qué género se identifican? (Marque las que apliquen)						
Hombre	<input type="checkbox"/>					
Mujer	<input type="checkbox"/>					
Transgénero	<input type="checkbox"/>					
Un género que no es singularmente mujer o hombre*	<input type="checkbox"/>					
Cuestionando	<input type="checkbox"/>					
No sabe	<input type="checkbox"/>					
8. Con qué etnia se identifican?						
Hispano/Latin(a)(o)(x)	<input type="checkbox"/>					
No Hispano/No-Latino(a)(o)(x)	<input type="checkbox"/>					
No sabe	<input type="checkbox"/>					
9. Con qué raza o razas se identifican? (Marque las que apliquen para cada caso)						
Blanco	<input type="checkbox"/>					
Negro, Afroamericano, o Africano	<input type="checkbox"/>					
Asiático o Asiático Americano	<input type="checkbox"/>					
Indio Americano, Nativo de Alaska, o Indígena	<input type="checkbox"/>					
Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>					
No sabe	<input type="checkbox"/>					



Sección E: Residencia

1. Inmediatamente antes de volverse persona sin hogar, en que tipo de lugar vivía? (Marque 1)
 Un hogar propio o alquilado por usted o su pareja Centro de justicia juvenil Motel/hotel
 Un hogar propio o alquilado por amigos/familiares Colocación en foster care Otro: _____
 Hospital o centro de tratamiento Cárcel o prisión No responde
 Hogar subsidiado u hogar con apoyo permanente
2. Cuánto tiempo ha vivido en el Condado de San Luis Obispo? (Marque 1)
 Menos de 6 meses 6 meses a 1 año 1-4 años 5-9 años 10+ años No responde
3. En qué ciudad del condado de San Luis Obispo vivía cuando se quedó sin hogar? (Marque 1)
 Arroyo Grande Morro Bay Condado de Santa Barbara
 Atascadero Paso Robles Ninguna/otra
 Grover Beach Pismo Beach No responde
Vaya a Sección F San Luis Obispo Área no incorporada
- 3a. En qué área no incorporada del condado de San Luis Obispo vivía cuando se quedó sin hogar? (Marque 1)
 Condado Norte San Luis Obispo
 Costa Condado Sur

Sección F: Prevención

1. Cuál es el evento o eventos principales que lo llevaron a quedarse sin hogar actualmente? (Marque todas las que apliquen)
 Desalojo/Ejecución Hipotecaria/Aumento de Renta Otros problemas de dinero, incluidas las facturas médicas, etc.
 Familiares o amigos no me dejaron quedarme o Pérdida de subsidio u otro apoyo financiero de vivienda
 Discusión con familia/amigo/compañero Problema relacionado con COVID-19 Uso de alcohol/drogas
 Violencia familiar/doméstica Prejuicios raciales/racismo Necesidades de salud física
 Divorcio/Separación/Ruptura Edad de salida del foster care Dejó de usar soportes y servicios
 Muerte de alguien cercano a mí Encarcelamiento Otro: _____
 Pérdida de trabajo Necesidades de salud mental No sabe
2. La causa principal de la falta de vivienda (identificada en la pregunta anterior) estaba relacionada con la pandemia de COVID-19 o un incendio forestal de California?(Marque 1)
 COVID-19 Incendio forestal de CA Ninguno de los dos No responde
3. Qué lo hubiera ayudado a mantenerlo con su vivienda? (Marque los que apliquen)
 Servicios de salud mental Resolución de conflicto con la(s) persona(s) con quien vivía Ingreso/beneficios
 Ayuda con el empleo Un ingreso adecuado de jubilación Ayuda en pago de vivienda
 Ayuda con el transporte Ayuda pagando deudas/seguro de salud Apoyo en cuidado infantil
 Consejería alcohol/drogas Ayuda legal Otro: _____
 Ayuda con la renta Ayuda para obtener recursos después de salir de hospital/cárcel/retención juvenil No responde
 Consejería de familia No sabe
 Ayuda para alimentos Mediación con el arrendatario

Section G: Ingresos y Empleo

1. ¿Cuál es su situación laboral actual?
 No empleado - Buscando trabajo No empleado - Incapaz de trabajar No empleado- No busca trabajo
 Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Empleado por temporada
2. Si no está empleado, ¿qué le impide trabajar? (Marque los que apliquen)
 Edad Necesidades de cuidado infantil Necesita ropa / duchas
 Sin teléfono Sin acceso a la tecnología Sin identificación con foto / tarjeta de seguro social
 Discapacidad Uso de alcohol / drogas Falta de confianza
 Problemas de salud Necesita educación / formación / desarrollo de habilidades Cuidado de mascotas
 Antecedentes penales Sin dirección permanente Problemas de COVID-19 (seguridad, miedo, cuidado, etc.)
 Necesidades salud mental No hay trabajos disponibles Riesgo de perder beneficios si se trabaja demasiado
 Sin transporte Sin permiso de trabajo No quiero trabajar Otro: _____
 Miedo a perder pertenencias personales

Sección H, Salud y Vivienda

1. Ha recibido una vacuna COVID-19? Sí No No sabe No responde
2. Enfrenta alguna de las siguientes situaciones:
 3. Esta(s) situación(es) lo limita(n) para poder tener un trabajo, una vivienda estable o cuidarse por sí mismo?
- | | | |
|---|---|---|
| a. Algun problema crónico de salud o condición médica (diabetes, cancer)? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| b. Desorden de estrés post traumático (PTSD)? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| c. Alguna condición psiquiátrica o condición emocional (depresión, esquizofrenia)? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| d. Una discapacidad física (incluye vista y audición)? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| e. Lesión cerebral traumática como consecuencia de un golpe, traumatismo o herida en la cabeza? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| f. Abuso de drogas o alcohol (incluyendo medicinas no prescritas para Ud.)? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| g. Enfermedades relacionadas con SIDA o HIV? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |
| h. Una discapacidad del desarrollo? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No responde |

4. Si vive con su esposa(o)/pareja o padres, alguna de las siguientes condiciones le impiden poder tener un trabajo o una vivienda? (Marque las que apliquen)
 No aplica Abuso con alcohol/drogas
 Problema de salud crónica HIV/AIDS
 Discapacidad física PTSD
 Lesión cerebral traumática Otro: _____
 Condición psiquiátrica o emocional No responde
5. Está siendo abusado o lastimado actualmente por alguien que conoce? Eso incluye ser pateado, golpeado, empujado o golpeado, amenazado con un cuchillo o pistola, obligado a tener relaciones sexuales o ser acosado
 Sí No No responde
6. Alguna vez, de niño o de adulto, fue abusado o lastimado por alguien que conocía? Eso incluye ser pateado, golpeado, empujado, golpeado, amenazado con un cuchillo o pistola, o forzado a tener relaciones sexuales
 Sí No No responde

Sección I: Sistema de Justicia Criminal

1. Ha tenido interacciones con el sistema de justicia penal en el último año, incluyendo libertad condicional, libertad vigilada, comparecencias en la corte, arrestos, multas, etc.?
 Sí No No sabe No responde

Sección J: Servicios y Asistencia

1. Recibe actualmente (o ha recibido en el último año) alguna de las siguientes formas de ingresos o beneficios? (Marque las que apliquen)
 Ingresos/cheque de pago a tiempo completo Medi-Cal/Medicare
 Ingresos/cheque de pago a tiempo parcial Manutención de los hijos
 Asistencia relacionada con COVID-19, incluido el aumento del desempleo seguros, cheques de estímulo o asistencia para el alquiler Pension/jubilación
 Asistencia general (GA) Cualquier compensación por discapacidad para Veteranos
 CalWORKs/TANF Otros beneficios para veteranos (GI, salud)
 Cupones para alimentos/SNAP/WIC/CalFresh No he recibido ningún tipo de ingresos o beneficios actualmente / en el último año
 Seguridad Social No sabe/No estoy seguro si recibí ingresos o beneficios
 SSI/SSDI/Discapacidad No responde
2. Qué barreras, si las hay, le impiden usar los servicios de refugio? (Marque las que apliquen)
 Insectos No aceptan mi mascota Ningún lugar para guardar mis cosas
 No puedo quedarme con mis amigos Se encuentran muy lejos de aquí Ellos están llenos
 No puedo quedarme con mi pareja/familia Gérmenes Demasiado lleno de gente
 Preocupaciones por la seguridad personal (violencia, agresión sexual) Horas de operación Demasiadas reglas
 Toques de queda Falta de privacidad No son bienvenidos por motivos raciales
 No aceptan mi género u orientación sexual No hay suficiente personal No responde
 No sé qué servicios del refugio están disponibles No puedo usar alcohol/drogas

