

## Administración

Nombre de Entrevistador/a _____	Agencia de Entrevistador/a _____	Lugar de la Evaluación (D.C. o Nombre del Condado) _____
Número Telefónico de Entrevistador/a _____	Correo Electrónico de Entrevistador/a _____	Conexión de Recursos de Asistencia: Dirección del Lugar de la Entrevista _____
Fecha de Evaluación MM/DD/AAAA ____/____/_____	Tiempo de la Evaluación ____ : ____ AM/PM	incluya cruces de calles con cuadrantes (NE/NW/SE/SW)

## Guion Introductorio

Cada entrevistador/a en nuestra comunidad debe utilizar el mismo guion de introducción para el VI-SPDAT. El guion debe incluir la siguiente información:

"Me llamo [ ] y trabajo para una organización que se llama [ ]. Tengo una entrevista que dura 10 minutos que quisiera completar con usted. Las respuestas nos ayudarán a determinar cómo podemos proporcionarle apoyo. La mayoría de las preguntas sólo se requiere un "sí" o un "no." Algunas preguntas requieren respuestas breves. La información obtenida se entra en el Sistema de Información para Personas Sin Viviendas (HMIS), que asegurará que usted no necesita ir a cada agencia por toda la ciudad para registrarse en varias listas de espera, y sólo tendrá que llenar estos documentos una vez. Si tiene un/a trabajador/a social que le ayuda con otras aplicaciones de vivienda, usted debe seguir trabajando con ellos después de terminar esta entrevista.

Después de la entrevista, puedo darle alguna información básica sobre recursos que podrían ser una buena opción para usted. Hay que entender que hay pocos recursos de hogar que están conectado de esta entrevista, así que es improbable que puede obtener asistencia de vivienda por medio de este proceso. La ventaja principal de hacer la evaluación es que nos dará una mejor idea de sus necesidades y los recursos que podría ser elegible.

¿Quisiera tomar la entrevista conmigo?"

*Si está de acuerdo, pregúntale a individuo que firme la Divulgación de Información antes de proceder*

"Si en algún momento no me entiende la pregunta, déjeme saber y le ayudaré a entender lo que necesito saber. Vamos a empezar con la primera pregunta..."

## Información Básica

Nombre _____	Apodo _____	Apellido _____
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor? _____		
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA ____/____/_____	Edad _____	Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
		¿Ha dado consentimiento para participar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## A. Historial de Vivienda e Indigencia (Sin Casa)

1. ¿Dónde duerme usualmente? (marque uno)  Refugio  Otro (especifiqué): \_\_\_\_\_
- Vivienda Transicional  Se niega a contesta
- Afuera (incluyendo todos los lugares no destinados para habitación, incluyendo la calle, aceras, entradas, carro, autobús o transporte subterráneo, parque o edificio abandonado)

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted ha vivido en una vivienda estable \_\_\_\_\_  Se niega a contestar y permanente? *(anote la respuesta en meses)*
3. En los últimos tres años...
- A) ¿cuántas veces ha vivido en la calle o en refugios para indigentes? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- B) ¿cuál es el tiempo total en meses que usted ha vivido en la calle o en refugios para indigentes? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- C) ¿ha vivido en la calle o en refugios para indigentes continuamente por lo menos un año? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar

## B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, -- "desde [nombre de mes]" -- ¿cuántas veces...
- A) ha recibido cuidado de salud en una sala o departamento de emergencias? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- B) ha ido al hospital en ambulancia? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- C) ha sido hospitalizado como paciente? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- D) ha utilizado un servicio de crisis, incluyendo crisis de asalto sexual, salud mental, violencia familiar o íntima, centros de angustia y líneas de prevención de suicidios? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- E) ha hablado con la policía porque fue testigo de un crimen, víctima de un crimen, o acusado de un crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara una zona? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
- F) ha estado una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, aunque fue durante una corta estancia, por ejemplo por estar borracho, o una larga estancia por delitos más graves, o cualquier otro tipo de estadía entre ambos casos? \_\_\_\_\_  Se niega a contestar
5. ¿Ha sido golpeado o atacado desde que se ha vuelto indigente?  Sí  No  Se niega a contestar
6. ¿Ha sido amenazado/a o ha tratado de lastimarse a usted mismo/a o a alguien más en el último año?  Sí  No  Se niega a contestar
7. ¿Tiene algún asunto legal o pendiente o pasado que puede resultar en encarcelamiento, en pago de multas, o que se le haga dificultoso para alquilar una vivienda?  Sí  No  Se niega a contestar
8. ¿Hay alguien que le obliga o engaña a hacer cosas que no quiere hacer?  Sí  No  Se niega a contestar
9. Alguna vez ¿hace cosas que pueden considerarse riesgosas como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien más, tener sexo sin protección con alguien a quien no conoce, comparte jeringas o algo así?  Sí  No  Se niega a contestar

## C. Socialización y Actividades Diarias

10. ¿Hay alguna persona, arrendador, negocio, corredor de apuestas, un distribuidor o un grupo gubernamental como el Servicio de Ingresos Interno (IRS) que piensa que usted le debe dinero?  Sí  No  Se niega a contestar
11. ¿Recibe dinero del gobierno, pensión, herencia, trabajos donde le pagan por bajo la mesa, empleo regular, o algo así?  Sí  No  Se niega a contestar
12. ¿Tiene actividades planeadas cada día aparte de solo sobrevivir viendo que le hacen sentirse feliz y satisfecho/a?  Sí  No  Se niega a contestar
13. ¿Usted puede cuidar de sus necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia, y otras cosas así?  Sí  No  Se niega a contestar

14. ¿Su indigencia presente ha sido causada por una relación que se rompió, una relación no saludable o abusiva, o porque su familia o amigos han causado su desalojo?  Sí  No  Se niega a contestar

## D. Bienestar

15. ¿Alguna vez ha tenido que dejar un apartamento, un programa de refugios u otro lugar que se alojaba a causa de su salud física?  Sí  No  Se niega a contestar

16. ¿Tiene algún problema de salud crónica en su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón?  Sí  No  Se niega a contestar

17. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayuda específicamente a las personas que viven con el VIH o el SIDA, ¿sería de interés para usted?  Sí  No  Se niega a contestar

18. ¿Tiene usted una discapacidad física que podría limitar el tipo de vivienda que acceda, o sería difícil vivir independiente usted porque necesitaría ayuda?  Sí  No  Se niega a contestar

19. ¿Cuándo está enfermo/a o no se siente bien, usted evita conseguir ayuda?  Sí  No  Se niega a contestar

20. *Para respondientes femeninas solamente: ¿Está embarazada?*  Sí  No  Se niega a contestar

21. ¿El uso de alcohol o drogas ha provocado que lo/a expulsen de un apartamento o programa en el que se alojaba en el pasado?  Sí  No  Se niega a contestar

22. ¿El consume de alcohol o drogas se le haría difícil para usted permanecer alojado o pagar una vivienda?  Sí  No  Se niega a contestar

23. ¿Ha tenido problemas para mantener su vivienda, o ha sido expulsado de un apartamento, un programa de refugios u otro lugar en que lo alojaban, como ser:

A) Un problema o preocupación de salud mental?  Sí  No  Se niega a contestar

B) Una lesión en la cabeza en el pasado?  Sí  No  Se niega a contestar

C) Discapacidad del aprendizaje, discapacidad de desarrollo, u otro impedimento?  Sí  No  Se niega a contestar

24. ¿Tiene algún problema de salud mental o cerebral que pudiera dificultarle una vida independiente porque necesitaría ayuda?  Sí  No  Se niega a contestar

25. ¿Hay algún medicamento que un médico le dijo que debería tomar, que por cualquier razón, usted no está tomando?  Sí  No  Se niega a contestar

26. ¿Hay algún medicamento como analgésicos que no toma la forma en que el médico le recetó o donde se venden los medicamentos?  Sí  No  Se niega a contestar

27. *SÍ O NO:* ¿Su episodio actual de indigencia ha sido a causa de una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, abuso sexual u otro tipo de abuso, o de cualquier otro trauma que haya experimentado?  Sí  No  Se niega a contestar

## Preguntas de Seguimiento

Finalmente, me gustaría hacerle algunas preguntas para entender mejor su indigencia, su elegibilidad para ciertos programas de vivienda, y mejorar los servicios de vivienda y de apoyo.

¿Cuál es su género?  Masculino  Femenino  Transgénero  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Se niega a contestar

¿Ha sido parte de las Fuerzas Armadas de los EEUU?  Sí  No  Se niega a contestar

¿Si dice que sí, ¿en qué guerra/periodo de guerra participó?

- La Segunda Guerra Mundial (1940–1945)
- Guerra en Corea (Junio de 1950–Enero 1955)
- Era de Vietnam (Agosto de 1964–Abril de 1975)
- Era Poste de Vietnam (Mayo de 1975–Julio de 1991)
- Golfo Pérsico (Agosto de 1991–Presente)
- Afganistán (2001–Presente)  Irak (2003–Presente)
- Otras operaciones de mantenimiento de paz  
(como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Si contesta que sí, ¿cuál fue la razón al darse de baja?

- Se niega a contestar
- Honorable  En General Bajo Condiciones Honorables
- Que no sea Honorable  Mala Conducta  Deshonroso
- Todavía en Servicio Activo  Se niega a contestar
- Sí  No  Se niega a contestar

Si contesta que sí, ¿ha sido parte de las reservas?  
Sólo para reservistas militares, ¿por cuánto tiempo le sirve?

\_\_\_\_\_ (en meses)

¿Cuál es su estado de ciudadanía?

- Ciudadano  Residente Legal Permanente  Indocumentado
- Asilado, Refugiado u Otro Inmigrante Elegible  Se niega a contestar

¿Alguna vez ha estado en cuidado de crianza?

- Sí  No  Se niega a contestar

¿Alguna vez ha estado en cárcel o prisión?

- Sí  No  Se niega a contestar

¿Qué tipo de seguro médico tiene, si tiene alguno?  
(seleccione todos que apliquen)

- Medicaid  Medicare  Servicios Médicos de Veteranos
- Programa de Seguro de Salud del Estado para Adultos
- Programa de Seguro de Niños del Estado  Pago Privado
- Seguro de Salud Provisto por el Empleador  Ninguno

Hay algunas opciones de vivienda que se comparten, como con un compañero de piso. ¿Tiene usted interés en algo así?  
Hay algunas opciones de vivienda que requieren un buen estado sobrio. ¿Tiene usted interés en algo así?

- Sí  No  Se niega a contestar

- Sí  No  Se niega a contestar

Si tiene alguna entrada de dinero de alguna forma regular, ¿me puede dar el nombre y la cantidad de cada fuente de ingresos?

Fuente(s) de Ingreso(s) Mensual: \_\_\_\_\_  
Cantidad(es) de Fuente(s) de Ingreso(s): \_\_\_\_\_

¿Está esperando a escuchar acerca de Ingresos de Seguro Social (SSI), Ingresos de Incapacidad de Seguro Social (SSDI) u otras aplicaciones de prestaciones de invalidez?

- Sí  No  Se niega a contestar

En un día regular, ¿en dónde es más fácil de encontrarlo/a y a qué hora es más fácil de hacerlo? (Si alguien realmente necesita ponerse en contacto con usted acerca de un tema importante, ¿dónde y cuándo lo/a pueden encontrar?)

*Entrevistador/a: por favor recoja información de múltiple localizaciones y horario del entrevistado/a, incluyendo en donde duermen, cuando llegan cada noche, cuando y adonde se van en las mañanas, en donde comen y donde resida el individual durante el día*

¿Hay un número telefónico y/o correo electrónico en donde alguien puede contactar o dejarle un mensaje seguramente?

¿Tiene alguna otra agencia o trabajador social que podrían contactarse con usted?

Nombre de Agencia(s): \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_  
Nombre del Personal: \_\_\_\_\_ Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_

Bueno, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil de encontrarlo/a y confirmar su identidad en el futuro. ¿Puedo hacerlo?

- Sí  No  Se niega a contestar