

**ADMINISTRACIÓN**

Primer nombre del cabeza de familia:	Apellido del cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre del segundo cabeza de familia:	Apellido del segundo cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Renuncia de responsabilidad:**  
 OrgCode Consulting, Inc. (OrgCode) no puede controlar la manera en la cual serán usados, aplicados o integrados los productos de VI-SPDAT y SPDAT, por parte de las comunidades, agencias y personal de primera línea. OrgCode no asume responsabilidad legal o de alguna otra manera, por las decisiones que se tomen o los servicios que se reciben junto con las herramientas.



**PRINCIPALES PUNTOS A TRATAR**

Cubra los siguientes puntos cada vez que comience a explicar sobre el F-VI-SPDAT:

- El propósito de hacer este triage con cabezas de familia que tienen hijos y que en la actualidad están experimentando desamparo
- Algunas preguntas son muy personales y es su decisión si desean o no que sus hijos estén presentes. Si desean que sus hijos estén presentes, podrán elegir no responder algunas preguntas frente a ellos, y en este caso se puede explicar que podemos volver a tal pregunta al final o en otro momento si hay alguna persona que pueda cuidar a los hijos por unos minutos.
- El tiempo aproximado que tomará
- Cómo contestar las preguntas (sí, no o respuestas simples de una palabra)
- En caso de no entender una pregunta comunicarle que se le puede explicar de nuevo
- Comunicarle que puede saltar o abstenerse de responder cualquier pregunta
- Dónde se almacenará la información
- La importancia de ser honesto en las respuestas, siempre y cuando se sientan cómodos siéndolo
- Que ciertas respuestas proporcionadas pueden requerir verificación adicional mediante otros recursos (por ejemplo, para ver si cumplen con la definición de desamparo crónico)
- Consentimiento para participar en el proceso

**SECCIÓN 1: HIJOS DENTRO DEL HOGAR**

- ¿Cuántos hijos menores de 18 años se encuentran actualmente con usted? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos hijos menores de 18 años no se encuentran actualmente con su familia, pero usted tiene razones para creer que se mudarán con usted cuando se le consiga alojamiento? \_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra algún miembro de su familia embarazada? (de ser aplicable)  S  N  NR

4. Por favor indique los hijos dentro de su hogar:

Hijo 1. Primer nombre:	Hijo 1. Apellido:
Hijo 1. Fecha de nacimiento:	Hijo 1. ¿Está con la familia?
Hijo 2. Primer nombre:	Hijo 2. Apellido:
Hijo 2. Fecha de nacimiento:	Hijo 2. ¿Está con la familia?
Hijo 3. Primer nombre:	Hijo 3. Apellido:
Hijo 3. Fecha de nacimiento:	Hijo 3. ¿Está con la familia?
Hijo 4. Primer nombre:	Hijo 4. Apellido:
Hijo 4. Fecha de nacimiento:	Hijo 4. ¿Está con la familia?
Hijo 5. Primer nombre:	Hijo 5. Apellido:
Hijo 5. Fecha de nacimiento:	Hijo 5. ¿Está con la familia?

Colocar puntuación 1 si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- Si hay un padre soltero con 2 o más hijos, y/o un hijo menor de 11 años y/o un embarazo actual.
- SI hay dos padres con 3 o más hijos, y/o un hijo menor de 6 años y/o un embarazo actual.



**SECCIÓN 2: NECESIDADES ACTUALES**

5. La mayoría de los días usted y su familia pueden:

- a. Conseguir un lugar seguro para dormir  S  N  NR
- b. Acceder a un baño cuando lo necesita  S  N  NR
- c. Acceder a una ducha cuando la necesita  S  N  NR
- d. Conseguir comida  S  N  NR
- e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado  S  N  NR
- f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita  S  N  NR
- g. Guardar sus cosas de forma segura  S  N  NR

Colocar puntuación 1 al responder NO a la pregunta 5 a, b, c, d, e, f o g.

**SECCIÓN 3: HISTORIAL DE VIVIENDA Y DETERMINACIÓN DE DESAMPARO CRÓNICO**

6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia vivieron en una vivienda estable y permanente? (¿es la respuesta en días, meses o años?) \_\_\_\_\_
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar? \_\_\_\_\_
8. **SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 7 ES 2 O MÁS:**  
 Pensando en los últimos tres años y en los momentos que usted y su familia estuvieron sin hogar, si suma todos los meses en los que estuvieron sin hogar, ¿cuánto tiempo experimentó su familia desamparo? \_\_\_\_\_ meses
9. ¿Tiene alguna condición incapacitante diagnosticada y documentada?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si se respondió SÍ a la PREGUNTA 9 y se cumplen las siguientes condiciones:

- Si el cabeza de familia:
  - experimentó 1 o más años consecutivos de desamparo o
  - 4 o más episodios de desamparo y la duración total del desamparo es de 12 o más meses.

10. ¿Alguna vez vivió su familia en una casa de la cual usted fue dueño o en un apartamento a su nombre?  S  N  NR
11. ¿Fue usted o su familia alguna vez desalojado de una vivienda?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si respondió NO a la pregunta 10 y/o SÍ a la pregunta 11.



**SECCIÓN 4: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA**

12. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted o alguien de su familia: # de veces
- a. Ha ido a la sala/departamento de emergencias \_\_\_\_\_
  - b. Se lo han llevado en ambulancia \_\_\_\_\_
  - c. Ha sido hospitalizado \_\_\_\_\_
  - d. Utilizó un servicio o línea de ayuda para casos de crisis, como la prevención del suicidio o por violencia doméstica (de pareja o familia) \_\_\_\_\_
  - e. Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen, fue el presunto autor de un crimen o porque le pidieron que se moviera de lugar por estar merodeando, durmiendo en un lugar público u otra situación similar \_\_\_\_\_
  - f. Permaneció una o más noches en la cárcel o celda de detención \_\_\_\_\_

*Si el número total de interacciones equivale a 4 o más, colocar puntuación 1.*

13. Desde que su familia ha estado sin hogar:
- a. Alguien en su familia ha sido agredido  S  N  NR
  - b. Alguien en su familia ha amenazado con agredir a otra persona  S  N  NR
  - c. Alguien en su familia ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros  S  N  NR
  - d. Alguien lo ha amenazado a usted o a un miembro de su familia con violencia o le ha hecho sentir inseguro  S  N  NR
  - e. Alguien ha intentado controlarlo a usted o un miembro de su familia utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o alguien en su familia  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 13, colocar puntuación 1.*

14. Tiene algún miembro de su familia en este momento una situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:
- a. Que sea detenido  S  N  NR
  - b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear  S  N  NR
  - c. Que afecte la posibilidad de su familia de encontrar vivienda  S  N  NR
  - d. Que afecte dónde puede usted y su familia vivir en su alojamiento  S  N  NR
  - e. Que impacte la habilidad de su familia de permanecer junta  S  N  NR
15. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable a un miembro de su familia de un delito que pueda significar un obstáculo para acceder o mantener una vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 14 y/o SÍ a la pregunta 15, colocar puntuación 1.*



FAMILIAS

VERSIÓN AMERICANA 3.0

16. ¿Alguien engaña, manipula u obliga a un miembro de su familia para que haga cosas en contra de su voluntad?  S  N  NR

17. ¿Dónde duermen usted y su familia con mayor frecuencia? (seleccione una respuesta)

- Refugios  Vivienda de transición  Couch Surfing (de casa en casa)  
 Al aire libre  Carro  Otro \_\_\_\_\_

18. ¿Alguna vez usted o alguien de su familia realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, tener sexo por dinero o cosas similares?  S  N  NR

*Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:*

- *SÍ a la pregunta 16,*
- *Si la familia se queda en otro lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 17,*
- *SÍ a la pregunta 18*

19. ¿Hay alguien que cree que usted o un miembro de su familia le debe dinero, como un familiar, amigo, arrendador pasado, negocio, corredor de apuestas, traficante, banco, compañía de tarjeta de crédito, compañía de servicios o persona similar?  S  N  NR

20. ¿Obtiene usted o alguien de su familia dinero por parte del gobierno, por un trabajo, manutención, pensión alimenticia, por trabajar “debajo de la mesa”, trabajo ocasional, herencia, pensión o algo similar?  S  N  NR

21. ¿Realiza usted o alguien de su familia apuestas con dinero que no puede permitirse perder o tiene deudas asociadas con apuestas?  S  N  NR

*Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:*

- *SÍ a la pregunta 19,*
- *NO a la pregunta 20,*
- *SÍ a la pregunta 21*

22. ¿Todos en su familia tienen actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que les satisfagan y den felicidad?  S  N  NR

*Si respondió NO a la pregunta 22, colocar puntuación 1.*

23. ¿Cuenta su familia con una serie de pertenencias que le obstaculizan la posibilidad de acceder a servicios o vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 23, colocar puntuación 1.*

24. Would you say that your family’s current homelessness was caused by any of the following:

- a. A relationship that broke down  Y  N  R
- b. An unhealthy or abusive relationship  Y  N  R
- c. Because family or friends caused your family to lose your housing  Y  N  R



25. Do most of your family and friends have stable housing?  Y  N  R

*If YES to any of Question 24, and/or NO to Question 25, score 1.*

26. Is anyone in your current household 60 years of age or older?  Y  N  R

27. Does anyone in your family have any physical or mental health issues or cognitive issues including a brain injury, that might require assistance to access or keep housing?  Y  N  R

*If YES to Question 26 and/or YES to Question 27, score 1.*

28. Does anyone in your family use alcohol or drugs in a way that it:
- a. Impacts their life in a negative way most days  Y  N  R
  - b. Makes it hard to access housing  Y  N  R
  - c. Might require assistance to maintain housing  Y  N  R

*If YES to any of Question 28, score 1.*

29. Are there any medications that, for whatever reason:
- a. A doctor said someone in your family should be taking but they are not taking  Y  N  R
  - b. The medication gets sold instead of being taken  Y  N  R
  - c. The medication is used other than how it is prescribed  Y  N  R
  - d. The medication is impossible to take, forgotten, or chosen not to take it  Y  N  R

*If YES to any of Question 29, score 1.*

30. Has your family's homelessness been caused by any recent or past trauma or abuse?  Y  N  R

*If YES to Question 30, score 1.*

31. Are there any children that have been removed from the family by a child protection service in the last six months?  Y  N  R

32. Do you have any family legal issues like child custody, protection issues, divorce, or anything like that being resolved in court or needing to be resolved in court that would impact your housing or who may live within your housing?  Y  N  R

*If YES to Question 31 and/or Question 32, score 1.*



33. At any point in the last six months, have any of your children been separated from you to live with another family member or friend?  Y  N  R
34. In the last six months, have any of the children experienced abuse or trauma?  Y  N  R
35. **If there are school-aged children:** Do your children attend school more often than not each week?  Y  N  R

*Score 1 if any of the following conditions are met:*

- YES to Question 33;
- YES to Question 34;
- NO to Question 35.

36. In the last six months, have the adults in the family changed because of a new relationship, a separation, incarceration, military deployment, or anything like that?  Y  N  R
37. Do you anticipate any other adults or children coming to live with your family in the first six months after you and your family get housed?  Y  N  R

*If YES to Question 36 and/or Question 37, score 1.*

38. Does your family have a support network for when you need help with your children or other things that come up?  Y  N  R
39. **If there are children 12 and younger as well as 13 and over:** In your household, do the older kids spend two or more hours on a typical day helping their younger siblings with things like getting ready for school, homework, dinner, bathing them, or anything like that?  Y  N  R

*If NO to Question 38 and/or YES to Question 39, score 1.*

**TOTAL SCORE**



SCORING RANGE	RECOMMENDED COURSE OF ACTION
0-3	Assess for least intensive service supports
4-8	Assess for moderate and often time-limited supports
9+	Assess for high intensity supports lasting for a longer duration of time and perhaps even permanently

**CONTACT INFORMATION**

On a typical day, what is the best way to reach you?

---



---



---

If that is unsuccessful, what is the next best way to reach you?

---



---



---

