

VI-SPDAT del Condado de Santa Clara para familias con niños

Este paquete incluye lo siguiente:

- Guion e instrucciones locales para usar el VI-SPDAT
- VI-SPDAT para familias con niños
- Preguntas adicionales para evaluar la elegibilidad del programa

Vulnerability Index - Service Prioritization Decision Assistance Tool (VI-SPDAT)

Prescreen Triage Tool for Families

AMERICAN VERSION 2.0

©2015 OrgCode Consulting Inc. and Community Solutions. All rights reserved.
1 (800) 355-0420 info@orgcode.com www.orgcode.com

**COMMUNITY
SOLUTIONS**



Instrucciones del VI-SPDAT del Condado de Santa Clara

Antes de completar el VI-SPDAT:

1. **Verifique en HMIS para ver si el individuo/familia ya han completado un VI-SPDAT** mirando en la pestaña Evaluaciones (Assessments).
2. **Cargue un formulario de consentimiento del cliente firmado en HMIS:** no se puede ingresar ninguna información en HMIS, incluyendo el VI-SPDAT, hasta que se cargue en HMIS un formulario de consentimiento del cliente firmado (también conocido como divulgación de información o ROI, por sus siglas en inglés).

Al completar el VI-SPDAT:

1. **Seleccione la versión adecuada del VI-SPDAT:**
 - a. **VI-SPDAT para adultos solteros:** use esta versión para adultos de 25 años o mayores sin hijos en el grupo familiar.
 - b. **VI-SPDAT para familias:** use esta versión para grupos familiares con al menos un niño menor de 18 años.
 - c. **TAY VI-SPDAT:** use esta versión para jóvenes en edad de transición (18-24 años) y menores no acompañados.
2. **Introduzca el VI-SPDAT:** explique al cliente lo que está haciendo usando el guion introductorio en la página siguiente.
3. **Complete todas las preguntas:** complete el VI-SPDAT y las preguntas de seguimiento, incluidas las preguntas adicionales en la última página de este paquete.
4. **Ingrese el VI-SPDAT en HMIS:** puede encontrar el VI-SPDAT bajo la pestaña Evaluaciones (Assessments) en la barra de menú en la parte superior de la pantalla en HMIS. Esta es una evaluación universal que no está relacionada con ningún programa específico.
 - a. **Si el puntaje de la evaluación es 4 o mayor:** remita la evaluación a la lista de espera comunitaria (*community queue*) en HMIS.

Después de completar el VI-SPDAT:

1. **Recopile información de contacto:** recopile tanta información de contacto como sea posible (número de teléfono, correo electrónico, proveedor de servicios o administrador de casos con los que trabaja el individuo/familia, ubicaciones que frecuentan, etc.). Es fundamental que tengamos tanta información de contacto como sea posible en caso de que haya alguna remisión disponible para el individuo/familia. Pídale que regresen y actualicen su información de contacto si cambia.
2. **Comparta información con el individuo/familia:** NO comparta el puntaje numérico del VI-SPDAT. Si la persona está interesada, puede proporcionar una explicación del tipo de programa de vivienda que parezca la mejor opción para el individuo/familia.

3. **Si el puntaje cae en la categoría "sin intervención de vivienda":** explique que la evaluación muestra que tienen las habilidades y la capacidad de regresar a la vivienda con asistencia limitada. Remita al individuo/familia a recursos en la comunidad que los ayudarán a enfrentar barreras tales como beneficios públicos, programas de empleo, asistencia para depósitos de seguridad, etc.

Guion introductorio del condado de Santa Clara:

Voy a realizar una breve encuesta con usted que nos proporcionará más información sobre su situación. Las respuestas nos ayudarán a determinar cómo podemos apoyarlo mejor. Algunas de las preguntas de la encuesta son de naturaleza personal, pero solo requieren un Sí/No o una respuesta de una palabra. Realmente solo necesito esa respuesta de una palabra. No debe sentirse presionado para brindar más detalles. También puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta. Omitir varias preguntas podría dificultarnos la identificación de servicios para usted, pero tiene derecho a negarse a responder preguntas con las que no se sienta cómodo.

Por favor, haga todo lo posible para responder a todas las preguntas de la manera más honesta y exacta posible. Las respuestas honestas y exactas son importantes para ayudarnos a identificar los servicios adecuados para usted. Además, si podemos remitirlo a algún servicio con base en la información de esta encuesta, ese programa aún deberá verificar toda la información de elegibilidad. Entonces, si sus respuestas no son honestas, esto podría impedir que lo acepten en un programa.

La información que recopile con esta encuesta se almacenará en HMIS junto con el resto de la información de entrada que proporcionó. A veces, podemos identificar servicios que podrían ser una buena opción para usted en función de la información que suministre. Si eso sucede, intentaremos comunicarnos con usted, por lo que es muy importante que brinde la información de contacto actual. Esto podría incluir números de teléfono, ubicaciones que visita con frecuencia, administradores de casos u organizaciones con las que trabaja, o cualquier otra información que pueda ayudarnos a encontrarlo.

Índice de vulnerabilidad - Herramienta de ayuda para la toma de decisiones en priorización de servicios (VI-SPDAT)

Familias con niños – Versión estadounidense 2.0

El VI-SPDAT es creado y protegido por derechos de autor por OrgCode Consulting, Inc. y Community Solutions (derechos de autor 2015). El VI-SPDAT se utiliza en el condado de Santa Clara con permiso de OrgCode Consulting, Inc. No modifique ninguna de las preguntas, incluyendo el orden en que se hacen. Para obtener más información sobre VI-SPDAT u OrgCode, visite www.orgcode.com. Por favor, complete todas las preguntas. El VI-SPDAT se puntuará automáticamente cuando se ingrese en HMIS.

Fecha: _____

Nombre y número de teléfono del miembro del personal que completa el VI-SPDAT:

INFORMACIÓN BÁSICA

PADRE 1:

Nombre: _____ Apodo: _____

Apellido: _____

¿En qué idioma se siente capaz de expresarse mejor? _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de seguro social: ____ -- ____ No tengo/No sé Me niego a responder

¿Consentimiento para participar? Sí No

PADRE 2:

Nombre: _____ Apodo: _____

Apellido: _____

¿En qué idioma se siente capaz de expresarse mejor? _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de seguro social: ____ -- ____ No tengo/No sé Me niego a responder

¿Consentimiento para participar? Sí No

NIÑOS

1. ¿Cuántos niños menores de 18 años están actualmente con usted? _____ Me niego a responder

2. ¿Cuántos niños menores de 18 años no están actualmente con su familia, pero tiene razones para creer que se unirán a usted cuando consiga una vivienda? _____ Me niego a responder

3. **SI EL GRUPO FAMILIAR INCLUYE UNA MUJER:**
¿Algún miembro de la familia está actualmente en estado de embarazo?

Sí NO Me niego a responder

4. Proporcione una lista de los nombres y edades de los niños:

Nombre:

Apellido:

Edad:

Fecha de nacimiento:

A. HISTORIAL DE VIVIENDA Y DE FALTA DE VIVIENDA

5. ¿Dónde duermen su familia y usted con mayor frecuencia? (Seleccione una opción) Refugios
 Refugio seguro
 Otro (especifique): _____
 Vivienda de transición A la intemperie Me niego a responder
6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su familia y usted vivieron en una vivienda estable permanente? _____ Me niego a responder
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces su familia y usted han estado sin hogar? _____ Me niego a responder

B. RIESGOS

8. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces alguien de su familia o usted...?
- a. Han recibido atención médica en un departamento/sala de urgencias _____ Me niego a responder
- b. Fueron transportados en una ambulancia al hospital _____ Me niego a responder
- c. Han sido internados como pacientes hospitalizados _____ Me niego a responder
- d. Han usado un servicio de crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar/íntima, centros de crisis y líneas directas de prevención de suicidios _____ Me niego a responder
- e. Han hablado con la policía porque fueron testigos de un crimen, fueron víctimas de un crimen o del presunto autor de un crimen o porque la policía les dijo que debían seguir adelante _____ Me niego a responder
- f. Han permanecido una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea una estadía a corto plazo como en una celda para borrachos o una estadía más larga por un delito más grave o algo intermedio _____ Me niego a responder

9. ¿Usted o alguien de su familia han sido atacados o golpeados desde que se han quedado sin hogar? Sí No Me niego a responder
10. ¿Usted o alguien de su familia amenazaron o intentaron lastimarse a ustedes mismos o a alguien más en el último año? Sí No Me niego a responder
11. ¿Usted o alguien de su familia tienen algún asunto legal pendiente en este momento que pudiera dar lugar a encarcelamiento, tener que pagar multas o que haga más difícil alquilar un lugar para vivir? Sí No Me niego a responder
12. ¿Alguien le obliga o engaña a alguien de su familia o a usted para hacer cosas que no quieran hacer? Sí No Me niego a responder
13. ¿Alguna vez alguien de su familia o usted hacen cosas que puedan considerarse riesgosas, tales como intercambiar sexo por dinero, traficar drogas para alguien, tener relaciones sexuales sin protección con alguien que no conoce, compartir agujas o algo parecido? Sí No Me niego a responder

C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO COTIDIANO

14. ¿Hay alguna persona, casero anterior, negocio, corredor de apuestas, traficante o grupo gubernamental como el IRS que cree que alguien de su familia o usted les deben dinero? Sí No Me niego a responder
15. ¿Alguien de su familia o usted reciben dinero del gobierno, una pensión, una herencia, trabajan ilegalmente, tienen un trabajo regular o algo parecido? Sí No Me niego a responder
16. ¿Todos los miembros de su familia tienen actividades planificadas, además de sobrevivir, que los haga sentir felices y realizados? Sí No Me niego a responder
17. ¿Todos los miembros de su familia pueden atender sus necesidades básicas tales como bañarse, cambiarse de ropa, ir al baño, conseguir comida y agua limpia, y otras cosas por el estilo? Sí No Me niego a responder
18. ¿La falta de vivienda actual de su familia es de alguna manera causada por una relación que se rompió, una relación malsana o abusiva, o porque otra familia o amigos hicieron que su familia fuera desalojada? Sí No Me niego a responder

CI. BIENESTAR

19. ¿Alguna vez su familia ha tenido que abandonar un apartamento, programa de refugio u otro lugar donde se hospedaba debido a la salud física suya o alguien de su familia? Sí No Me niego a responder
20. ¿Alguien de su familia o usted tienen algún problema de salud crónico relacionado con su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón? Sí No Me niego a responder
21. Si hubiera espacio disponible en un programa que ayude específicamente a las personas portadoras del VIH o SIDA, ¿sería de interés para alguien de su familia o usted? Sí No Me niego a responder
22. ¿Alguien de su familia tiene alguna discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que podría acceder, o dificultaría que viva independientemente porque usted necesitaría ayuda? Sí No Me niego a responder
23. ¿Cuando alguien en su familia está enfermo o no se siente bien, ¿su familia evita recibir ayuda médica? Sí No Me niego a responder
24. ¿El hecho de que usted o alguien de su familia haya consumido alcohol o drogas llevó a su familia a ser expulsada de un apartamento o programa donde ustedes se alojaban en el pasado? Sí No Me niego a responder
25. ¿Consumir alcohol o drogas dificultará que su familia tenga un hogar o costee su vivienda? Sí No Me niego a responder
26. Alguna vez su familia ha tenido problemas para mantener su vivienda o ha sido expulsada de un apartamento, programa de refugio u otro lugar donde se hospedaba debido a...?
- g. Un problema o cuestión preocupante de salud mental Sí No Me niego a responder
 - h. Una herida en la cabeza anterior Sí No Me niego a responder
 - i. Una discapacidad de aprendizaje, del desarrollo u otro impedimento Sí No Me niego a responder
27. ¿Alguien de su familia o usted tienen problemas de salud mental o cerebrales que dificulten la vida independiente de su familia porque se necesitaría ayuda? Sí No Me niego a responder
28. ¿Algún miembro de su grupo familiar tiene alguna afección médica, cuestiones preocupantes de salud mental Y experiencia con el uso de sustancias? Sí No Me niego a responder

29. ¿Hay algún medicamento que un médico le haya dicho a alguien de su familia o a usted que deberían tomar y que, por alguna razón, no lo están haciendo? Sí No Me niego a responder
30. ¿Hay algún medicamento, tales como calmantes, que usted o cualquier otro miembro de su familia no tomen de la manera que el médico lo recetó o dónde venden el medicamento? Sí No Me niego a responder
31. **SÍ O NO:** ¿El período actual de falta de vivienda de su familia ha sido causado por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual o de otro tipo, o por cualquier otro trauma que alguien de su familia o usted hayan experimentado? Sí No Me niego a responder

E. UNIDAD FAMILIAR

32. ¿Hay algún niño que haya sido retirado de la familia por un servicio de protección infantil en los últimos 180 días? Sí No Me niego a responder
33. ¿Tiene algún problema legal familiar que se esté resolviendo o deba resolverse en el tribunal que afectaría su vivienda o a quién pudiera vivir dentro de su vivienda? Sí No Me niego a responder
34. En los últimos 180 días, ¿algún niño ha vivido con familiares o amigos debido a su situación de vivienda o falta de vivienda? Sí No Me niego a responder
35. ¿Algún niño de la familia ha sufrido abuso o trauma en los últimos 180 días? Sí No Me niego a responder
36. **SI HAY NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:** ¿Sus hijos asisten a la escuela más a menudo que no cada semana? Sí No Me niego a responder
37. ¿Los miembros de su familia han cambiado en los últimos 180 días debido a situaciones tales como un divorcio, el regreso de sus hijos a vivir con usted, alguien que se va al servicio militar o es encarcelado, un familiar que se muda o algo parecido? Sí No Me niego a responder
38. ¿Anticipa que algún otro adulto o niño venga a vivir con usted en los primeros 180 días de ser alojado? Sí No Me niego a responder
39. ¿Tiene dos o más actividades planificadas cada semana como familia, tales como salidas al parque, ir a la biblioteca, visitar a otra familia, mirar una película familiar o algo parecido? Sí No Me niego a responder
40. Después de la escuela, los fines de semana o los días en que no hay escuela, ¿el tiempo total que los niños pasan cada día donde no hay interacción con usted u otro adulto responsable es de...?

a. Tres (3) o más horas por día para niños de 13 años o mayores Sí No Me niego a responder

b. Dos (2) o más horas por día para niños de 12 años o menores Sí No Me niego a responder

41. **SI HAY NIÑOS DE 12 AÑOS Y MENORES, Y DE 13 AÑOS Y MAYORES:** ¿Sus hijos mayores pasan dos (2) horas o más en un día típico ayudando a su(s) hermano(s) menor(es) con cosas tales como prepararse para la escuela, ayudar con la tarea, prepararle(s) la cena, bañarlo(s) o algo parecido? Sí No Me niego a responder

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Por favor, ingrese toda la información de contacto al final del VI-SPDAT en HMIS. Además, actualice la información de contacto en la pestaña Ubicación (Location) en HMIS. ¡LA INFORMACIÓN DE CONTACTO COMPLETA Y ACTUALIZADA ES FUNDAMENTAL PARA ASEGURARSE DE QUE SE PUEDA ENCONTRAR A LAS PERSONAS CUANDO ESTÉ DISPONIBLE UNA REMISIÓN PARA VIVIENDA!

En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarlo y a qué hora del día es más fácil hacerlo?

Dónde:

Cuándo:

¿Hay un número de teléfono y/o correo electrónico donde alguien pueda comunicarse con usted de manera segura o dejarle un mensaje?

Número de teléfono:

Correo electrónico:

¿Hay alguien en quien confíe y se comunique regularmente a quien podamos contactar cuando lo busquemos? (Por favor, incluya nombre y número de teléfono de ser posible)

Bien, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil encontrarlo y confirmar su identidad en el futuro. ¿Puedo hacerlo? Sí No Me niego a responder

Condado de Santa Clara – Preguntas adicionales:

Por favor, complete las siguientes preguntas adicionales. Estas preguntas **no** son parte de la evaluación VI-SPDAT; sin embargo, pueden usarse para identificar programas para los cuales el individuo o el grupo familiar podrían ser elegibles. *Tenga en cuenta que se requerirá documentación para verificar la elegibilidad si una persona u grupo familiar son remitidos a un programa en función de las respuestas a estas preguntas.*

1. ¿Es usted veterano? Sí No No sé Me niego a responder

a. En caso afirmativo, ¿en qué época prestó su servicio militar?

Después del 11 de septiembre (11 de septiembre de 2001 - presente)

Época del golfo Pérsico (agosto de 1991 - 10 de septiembre de 2001)

Época posterior a Vietnam (mayo de 1975 - julio de 1991)

Época de Vietnam (agosto de 1964 - abril de 1975)

Entre las guerras de Corea y Vietnam (febrero de 1955 - julio de 1964)

Guerra de Corea (junio de 1950 - enero de 1955)

- Entre la Segunda Guerra Mundial y la guerra de Corea (agosto de 1947 - mayo de 1950)
- Época de la Segunda Guerra Mundial (septiembre de 1940 - julio de 1947)
- No sé
- Me niego a responder

b. En caso afirmativo, ¿cuál es su estado de licenciamiento?

- Honorable
- General bajo condiciones honorables
- Mala conducta
- Bajo otras condiciones que no sean honorables (OTH)
- Deshonroso
- Sin caracterizar
- No sé
- Me niego a responder

2. **¿Cuántos años en total ha estado sin hogar?** _____
3. **¿En qué ciudad vivía antes de quedarse sin hogar?** _____
4. **Si está empleado, ¿en qué ciudad se encuentra su lugar de trabajo?** _____
5. **Si usted (o sus hijos) van a la escuela, ¿en qué ciudad se encuentra la escuela?** _____
6. **¿En qué ciudad pasa la mayor parte de su tiempo?** _____
7. **¿Alguna vez ha estado en cuidado sustituto?** Sí No No sé Me niego a responder
8. **¿Alguna vez ha estado en la cárcel?** Sí No No sé Me niego a responder
9. **¿Alguna vez ha estado en prisión?** Sí No No sé Me niego a responder
10. **¿Algún miembro de la familia o usted tienen una discapacidad física permanente que limite la movilidad?**
(por ejemplo, silla de ruedas, amputación, incapacidad de subir escaleras)? Sí No No sé Me niego a responder
11. **¿Sus hijos o usted actualmente reciben CalWORKs (TANF)?** Sí No No sé Me niego a responder
 - a. **En caso negativo, ¿alguna vez sus hijos o usted han recibido CalWORKs (TANF)?** Sí No No sé Me niego a responder
12. **¿Qué tipo de seguro médico tiene, de ser así?**
 - Medicaid
 - Seguro privado
 - Medicare
 - No tiene seguro médico
 - VA Medical
 - Otro