

Instrumento de Evaluación para Prevenir el Desamparo

Este instrumento fue diseñado sobre la base de otras herramientas similares así como de opiniones de participantes y proveedores de servicio del programa. Uno de los instrumentos utilizados en el diseño de este cuestionario fue el Instrumento de Asistencia en la Determinación de Priorización de Servicios - Índice de Prevención de Vulnerabilidad de Realojamiento (Prevention/Re-housing Vulnerability Index - Service Prioritization Decision Assistance Tool - PR-VI-SPDAT) creado por OrgCode Inc. y Community Solutions.

Ejecución de la evaluación -

Nombre del entrevistador: _____	Agencia: _____	Fecha: MES/DÍA/AÑO _ _ / _ _ / _ _ _ _
--	-----------------------	--

Introducción –

Todos los entrevistadores completando este cuestionario deben comenzar con la misma introducción. Esta introducción debe contener la siguiente información:

- Nombre y afiliación (agencia en la que trabaja o desarrolla tareas como voluntario, etc.).
- Razones por las cuales está realizando la encuesta.
- Las preguntas de la encuesta son muy personales. La razón por la que el entrevistador las hace para entender los factores de riesgo y desafíos que enfrenta la familia, y ayudarán a determinar si son elegibles de recibir asistencia.
- Las preguntas sólo requieren Sí/No o una palabra de respuesta. No es necesario brindar detalles.
- El participante puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta. Sin embargo, la precisión de la evaluación se podría ver afectada si se omiten múltiples preguntas.
- Si el participante no entiende una pregunta, se podrá brindar aclaración.
- Los participantes deben hacer todo lo posible por contestar todas las preguntas tan honesta y exactamente como puedan.
- Informe al participante donde será archivada la información (por ejemplo, HMIS o la base de datos utilizada).
- Los participantes deben responder a las preguntas por sí mismos y por todos los integrantes de su familia.

Información de la Cabeza de Familia -

H1	Primer Nombre: _____	Apellido: _____	
	Apodo/Otro Nombre Utilizado: _____	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año ____/____/____	Edad: _____
	¿En qué idioma prefiere comunicarse? _____		

Soy el único integrante adulto de la familia,

O

A continuación, proporcione los datos de la Segunda Cabeza de Familia

H2	Primer Nombre: _____	Apellido: _____	
	Apodo/Otro Nombre Utilizado: _____	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año ____/____/____	Edad: _____
	¿En qué idioma prefiere comunicarse? _____		

Todos suman 2.7 puntos por completar la información del jefe de familia

Composición de la Familia -

Desearía comenzar a preguntándole sobre su familia.

1. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado el número de personas que vive en su hogar por algo como adopción o nacimiento o fallecimiento, alguien se mudó a vivir con ustedes, alguien se fue del hogar, alguien fue a la cárcel o prisión, alguien se fue a la universidad, o algo así?

Si la respuesta es Sí, entonces sume 2.6 puntos

Situación Financiera Actual –

Ahora desearía comprender mejor su situación financiera.

2. ¿Hay alguna persona o compañía que piensa que usted o alguien en su hogar le debe dinero? Por ejemplo, el dueño de la propiedad o arrendador, compañía de utilidades como PG&E, prestamista, acreedor, corredor de apuestas, comerciante, o agencia del gobierno como el IRS.

Si la respuesta es Sí, entonces sume 2.8 puntos

3. ¿Usted o alguien de su hogar debe dinero a algún familiar o amigo que le fue prestado en los últimos tres años para cubrir gastos de vivienda (como la renta actual o adeudada, utilidades para prevenir el corte del servicio, o alguna otra necesidad del hogar)?

Si la respuesta es Sí, entonces sume 1.4 puntos

4. ¿Tiene usted mal historial de crédito o no tiene crédito?

Si la respuesta es Sí, entonces sume 1.1 puntos

Salud Actual -

Ahora le haré preguntas sobre su salud.

5. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces usted o algún miembro de su hogar recibió atención médica en una sala de emergencias?

Si la respuesta es Sí, entonces sume = $0.9 \times$ cantidad de veces

La siguiente pregunta es larga. Por favor hágame saber si después de leerla la primera vez usted querría que se la repita.

6. ¿Tiene Usted o algún integrante de su hogar alguna discapacidad del desarrollo o problema crónico de salud física o mental que hace difícil mantener su vivienda o trabajo?
7. ¿Tiene Usted o algún integrante de su hogar algún problema de salud crónico para el cual no está recibiendo atención adecuada? No es necesario el diagnóstico de un doctor.

Si la respuesta es Sí a alguna de las preguntas anteriores, entonces sume 2.0 puntos

Historial de Vivienda y Otros Factores -

Ahora analicemos otras áreas de su vida que pudieran afectar su capacidad de mantener una vivienda estable.

8. En los últimos doce meses, ¿ha tenido Usted o algún integrante de su hogar incidentes de violencia o amenazas de violencia que le hacen sentir que está en peligro en su hogar o en la zona donde vive?

Si la respuesta es Sí, entonces sume 2.5 puntos

9. En los últimos 3 años, ¿cuántas veces distintas ha estado viviendo en la calle? Por ejemplo, pasando la noche en la calle, en un carro, un garaje, una unidad móvil/casa rodante, o en un albergue o refugio, o temporalmente en casa de amigos o familiares.

Si la respuesta es Sí, entonces sume = $0.9 \times$ cantidad de veces

- 10.** ¿Tiene Usted o algún integrante de su hogar problemas legales que le dificultan mantener una vivienda estable? Por ejemplo, tiene que pagar multas que le hacen difícil pagar su renta, problemas legales que podrían resultar en tiempo en la cárcel o prisión, o restricciones legales en donde puede vivir.

Si la respuesta es Sí, entonces sume 2.4 puntos

Preguntas locales adicionales -

Por favor, cumplimente las siguientes preguntas adicionales. Estas preguntas no forman parte del cuestionario HPAT, pero deberán ser contestadas por cada familia. Estas preguntas no suman puntos adicionales. Las respuestas serán utilizadas para entender mejor las circunstancias y experiencias de la gente que está en riesgo de quedar en situación de calle en el Condado de Santa Clara.

1. ¿Cuál es la duración total de tiempo que usted ha estado en situación de calle en el transcurso de su vida?
2. ¿En qué ciudad vive usted actualmente?
3. En caso de estar empleado, ¿en qué ciudad trabaja?
4. Si sus hijos asisten a la escuela, ¿en qué ciudad se encuentra la escuela a la que asisten?
5. ¿En qué ciudad pasa usted la mayor parte de su tiempo?
6. ¿Alguna vez estuvo usted en un orfanato?
 Sí No No sé Se negó a contestar
7. ¿Alguna vez estuvo en la cárcel?
 Sí No No sé Se negó a contestar
8. ¿Alguna vez estuvo en prisión?
 Sí No No sé Se negó a contestar
9. ¿Tiene usted alguna discapacidad física permanente que limite su movilidad? (Por ejemplo, miembro amputado, inhabilidad para subir escaleras, utiliza silla de ruedas)
 Sí No No sé Se negó a contestar

10. Si tiene seguro médico, ¿qué tipo de seguro médico tiene usted?

- Medicaid Seguro médico privado Medicare
 VA Medical Otro Ningún seguro médico

En un día normal, ¿cuál es la forma más fácil de ubicarlo y en qué horario? (Por favor, incluya dirección y número telefónico, de ser posible.)

¿Hay alguien en quien usted confíe y con quien se comunique con regularidad para que podamos contactarlo cuando necesitemos ubicarlo? (Por favor, incluya nombre y número telefónico, de ser posible.)