

**Springfield-Hampden County Continuum of Care: 2024 Point-in-Time Count – Formulario de recopilación de datos**

Pedimos información de identificación básica para asegurarnos de que no contamos a la misma persona más de una vez. ¿Podría proporcionar su nombre O iniciales?  Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione su fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_  
mes día año Si la persona es reacia, por favor solicite o estime la edad: \_\_\_\_\_

¿Dónde dormiste la noche del **miércoles 31 de enero de 2024**?

<input type="checkbox"/> Al aire libre	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Casa o apartamento
<input type="checkbox"/> En un vehículo	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria	<input type="checkbox"/> Con un amigo o familiar
<input type="checkbox"/> En una estación de autobuses, edificio abandonado, pasillo, etc.	<input type="checkbox"/> Hotel, motel	<input type="checkbox"/> Cárcel, hospital, programa de tratamiento
<input type="checkbox"/> Otros: _____	<b>Si la respuesta es una de estas, DETENTE aquí.</b>	

¿Es esta la primera vez que te quedas sin hogar?  Sí  No  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Cuánto tiempo llevas sin hogar esta vez? Solo incluye el tiempo que se pasa en los refugios y/o en las calles. \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años  
 No lo sé  Se negó a responder

¿Cuántas veces ha estado sin hogar (en un refugio o en las calles) en los últimos 3 años, desde enero de 2021?  0  1  2  3  4 o más

En total, ¿ha estado sin hogar durante 12 meses o más en los últimos 3 años?  Sí  No  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Cómo describe su género?  Mujer  Hombre  Transgénero  No binario  
 (Puede seleccionar uno o más)  Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Cuál es tu raza?  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 (Puede seleccionar uno o más)  Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?  Sí  No  Sin comentarios

¿Alguna vez fue llamado al servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o reservista?  Sí  No  Sin comentarios

¿Alguna vez ha recibido atención médica o beneficios de un Centro Médico de Administración de Veteranos?  Sí  No  Sin comentarios

¿Recibe beneficios como SSI, SSDI o beneficios por discapacidad de veteranos?  Sí  No  Sin comentarios

Si no hay beneficios por discapacidad de SSI/SSDI/Veterano: ¿Tiene algún tipo de problema de salud o discapacidad que interfiera con su vida diaria? Esto podría incluir lesión cerebral traumática; enfermedad aguda o crónica como diabetes, enfermedad cardíaca o cáncer; discapacidades del desarrollo o del aprendizaje; o discapacidad física grave.  Sí  No  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Tiene algún problema de salud mental que interfiera con su vida cotidiana? Estos pueden incluir depresión mayor, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático.  Sí  No  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Las drogas o el alcohol le impiden mantener una situación de vivienda digna?  Sí  No  Sin comentarios

¿Es usted VIH+ o tiene SIDA?  Sí  No  Sin comentarios

¿Está experimentando la falta de vivienda porque actualmente está huyendo de la violencia doméstica, la violencia en el noviazgo, la agresión sexual o el acecho?  Sí  No  No estoy seguro/Sin comentarios

¿Había miembros adicionales del hogar durmiendo en el mismo lugar con usted la noche de miércoles 31 de enero de 2024?  Sí (Continúe en la página siguiente)  No (Su encuesta está completa)

**Si desea que nos pongamos en contacto con usted nuevamente sobre vivienda y servicios, proporcione su número de teléfono o ubicación en la que podamos encontrarlo:** \_\_\_\_\_

**Miembros adicionales del hogar (Solo complete si respondió "Sí" a la última pregunta en la página 1)**

Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_ DOB O Edad: \_\_\_\_\_

**Miembro adicional del hogar 1**

Género (Puede seleccionar uno o más)  Mujer (Niña, si se trata de una menor)  Hombre (Niño si se trata de un menor)  Transgénero  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 No binario  Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

Raza (Puede seleccionar uno o más)  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios

Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_ DOB O Edad: \_\_\_\_\_

**Miembro adicional del hogar 2**

Género (Puede seleccionar uno o más)  Mujer (Niña, si se trata de una menor)  Hombre (Niño si se trata de un menor)  Transgénero  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 No binario  Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

Raza (Puede seleccionar uno o más)  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios

Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_ DOB O Edad: \_\_\_\_\_

**Miembro adicional del hogar 3**

Género (Puede seleccionar uno o más)  Mujer (Niña, si se trata de una menor)  Hombre (Niño si se trata de un menor)  Transgénero  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 No binario  Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

Raza (Puede seleccionar uno o más)  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios

Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_ DOB O Edad: \_\_\_\_\_

**Miembro adicional del hogar 4**

Género (Puede seleccionar uno o más)  Mujer (Niña, si se trata de una menor)  Hombre (Niño si se trata de un menor)  Transgénero  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 No binario  Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

Raza (Puede seleccionar uno o más)  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios

Nombre O Iniciales: \_\_\_\_\_ DOB O Edad: \_\_\_\_\_

**Miembro adicional del hogar 5**

Género (Puede seleccionar uno o más)  Mujer (Niña, si se trata de una menor)  Hombre (Niño si se trata de un menor)  Transgénero  
 Identidad culturalmente específica (por ejemplo, dos espíritus)  Identidad diferente  
 No binario  Con dudas sobre su sexualidad  No estoy seguro/Sin comentarios

Raza (Puede seleccionar uno o más)  Indígena americano, nativo de Alaska o indígena  Negro, afroamericano o africano  
 Del Oriente Medio o del norte de África  Asiático o asiáticoamericano  Hispano/latino  
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  No estoy seguro/Sin comentarios