

## ADMINISTRACIÓN

Nombre:	Apellido:
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 encuesta - Refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VISPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## PUNTOS INICIALES DE DISCURSO

### POR FAVOR UTILICE EL SIGUIENTE GUIÓN PARA COMENZAR LA ENTREVISTA

Mi nombre es\_\_\_\_\_ y estoy con\_\_\_\_\_

Le haré algunas preguntas para determinar cómo podemos ayudarle mejor. Normalmente tarda unos 7 minutos en completarse. Las preguntas sólo necesitan una respuesta de sí o no. Puede ser difícil responder algunas preguntas con un sí o un no, pero haz lo mejor que pueda. Puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta que le haga, pero también comprende que, si lo hace, es posible que la asistencia que podamos brindarle sea limitada.

Toda esta información es confidencial y tratada como tal. Tengo un formulario de autorización para que lo firme y que me permitirá discutir su información con otras personas que puedan ayudarle.

Si no entiende alguna pregunta, hágamelo saber y haré todo lo posible para explicársela. Finalmente, necesito que conteste la pregunta honestamente. No hay respuestas correctas o incorrectas y realmente no hay ninguna respuesta que estemos buscando aquí. Solo estamos tratando de conocerle y conocer la mejor manera en que podemos ayudarle.

#### 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.



## SECCIÓN 1: NECESIDADES ACTUALES

1. La mayoría de los días usted puede:

- |   |                            |                            |  |
|---|----------------------------|----------------------------|--|
| a. Conseguir un lugar seguro para dormir                                | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR [no respondió] |
| b. Acceder a un baño cuando lo necesita                                 | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| c. Acceder a una ducha cuando la necesita                               | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| d. Conseguir comida   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita    | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |
| g. Guardar sus cosas de forma segura                                    | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR                |

Colocar puntuación 1 de responder NO a 1 a, b, c, d, e, f o g.

## SECCIÓN 2: HISTORIAL DE VIVIENDA Y DETERMINACIÓN DE DESAMPARO CRÓNICO

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que vivió en una vivienda estable y permanente? (¿la respuesta es en días, meses o años?)

\_\_\_\_\_

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar?

\_\_\_\_\_

4. SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 3 ES 4 O MÁS:

Pensando en los últimos tres años y en los momentos que estuvo sin hogar, Si suma todos los meses en los que estuvo sin hogar, ¿cuánto tiempo experimentó desamparo?

\_\_\_\_\_ meses

5. ¿Tiene alguna condición incapacitante diagnosticada y documentada?

S  N  NR

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

- Si la persona:
  - experimentó 1 o más años consecutivos de desamparo o
  - 4 o más episodios de desamparo y la duración total de desamparo es de más de 12 meses
  - Y respondió Sí a la pregunta 5.

6. ¿Alguna vez fue dueño de una casa o tuvo un alquiler de apartamento a su nombre?  S  N  NR

7. ¿Fue alguna vez desalojado de una vivienda?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si respondió NO a la pregunta 6 y/o Sí a la pregunta 7.



### SECCIÓN 3: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA

8. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted:

- 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.*

9. Desde que ha estado sin hogar:

- a. Ha sido agredido  S  N  NR
- b. Ha amenazado con agredir a otra persona  S  N  NR
- c. Ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros  S  N  NR
- d. Alguien lo ha amenazado con violencia o le ha hecho sentir inseguro  S  N  NR
- e. Alguien ha intentado controlarlo utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o padre  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 9, colocar puntuación 1.*

10. Tiene en este momento alguna 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 su posibilidad de encontrar vivienda  S  N  NR
- d. Que afecte dónde puede vivir en su vivienda  S  N  NR

11. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable 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 10 y/o SÍ a la pregunta 11, colocar puntuación 1.*



12. ¿Alguien lo engaña, manipula u obliga a que haga cosas en contra de su voluntad?  S  N  NR

13. ¿Dónde duerme con mayor frecuencia? (*seleccione una respuesta*)

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

14. ¿Alguna vez realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, dormir a la intemperie, 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 12,*
- *SÍ la persona se queda en otro lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 13,*
- *SÍ a la pregunta 14.*

15. ¿Hay alguien que cree que usted 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

16. ¿Obtiene dinero por parte del gobierno, por un trabajo, por trabajar “debajo de la mesa”, trabajo ocasional, herencia, pensión o algo similar?  S  N  NR

17. ¿Realiza 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 15,*
- *NO a la pregunta 16,*
- *SÍ a la pregunta 17.*

18. ¿Tiene actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que le satisfagan y den felicidad?  S  N  NR

**Si respondió NO a la pregunta 18, colocar puntuación 1.**

19. ¿Tiene usted una serie de pertenencias que le obstaculizan la posibilidad de acceder a servicios o vivienda?  S  N  NR

**Si respondió SÍ a la pregunta 19, colocar puntuación 1.**

20. Considera usted que su situación actual de desamparo fue ocasionada por:

- a. Una relación que fracasó  S  N  NR
- b. Una relación enfermiza o abusiva  S  N  NR
- c. Su familia o amigos provocaron que usted perdiera su vivienda  S  N  NR

21. ¿Cuenta la mayoría de sus familiares y amigos con una vivienda estable?  S  N  NR

**Si respondió SÍ a cualquiera de las opciones de la pregunta 20 y/o NO a la pregunta 21, colocar puntuación 1.**



22. ¿Es usted mayor de 60 años?  S  N  NR

23. ¿Tiene usted problemas de salud físicos o mentales u otra discapacidad por la que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda?  S  N  NR

24. ¿Está embarazada?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 22 y/o SÍ a la pregunta 23 y/o SÍ a la pregunta 24, colocar puntuación 1.*

25. Utiliza drogas o alcohol de forma tal que:
- a. Impacte su vida de una manera negativa la mayoría del tiempo  S  N  NR
  - b. Le dificulte acceder a una vivienda  S  N  NR
  - c. Requiera asistencia para mantener una vivienda  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 25, colocar puntuación 1.*

26. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:
- a. Un doctor le indicó que debe tomar pero no está tomando  S  N  NR
  - b. Usted vende en vez de tomar  S  N  NR
  - c. Usted utiliza de otra manera que no sea la indicada  S  N  NR
  - d. Usted encuentra imposible de tomar, olvida tomar o decide no tomar  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 26, colocar puntuación 1.*

27. ¿Ha sido su desamparo causado por un trauma o abuso reciente o pasado?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 27, colocar puntuación 1.*

**PUNTUACIÓN TOTAL**



ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS A TOMAR
0-3	Evaluar para los servicios de apoyo menos intensivos.
4-7	Evaluar para los servicios de apoyo moderado y limitado.
Más de 8	Evaluar para los servicios de apoyo de alta intensidad por un período de tiempo más largo y, tal vez, incluso permanente.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

En un día normal, ¿cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?

---



---



---

Si no pudimos contactarle de esa forma, ¿cuál sería la siguiente manera para ponerse en contacto con usted?

---



---



---

