

ADMINISTRACIÓN

Primer 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 entrevista: refugio, centro comunitario, hogar 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

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 contesta 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 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 NA

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

SECCIÓN 2: HISTORIAL DE VIVIENDA

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted vivió en una vivienda estable?

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 usted 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 respondió SÍ a la PREGUNTA 5 y se cumple alguna de las siguientes condiciones:

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

6. ¿Alguna vez vivió en una casa de la cual usted fue dueño o en un apartamento a su nombre?

 S N NR

7. ¿Ha pasado usted mucho tiempo sin una vivienda estable? ¿Se movió de lugar mucho?

 S N NR

8. Cuando era menor de edad, ¿fue colocado varias veces en distintos hogares (hogar de acogida, viviendas colectivas, etc.)?

 S N NR

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

- NO a la pregunta 6,
- SÍ a la pregunta 7,
- SÍ a la pregunta 8.



SECCIÓN 3: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA

- | 9. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted: | # 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, salud mental o un consejero de crisis para adolescentes en la escuela o centro comunitario | _____ |
| 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, celda de detención o centro correccional de menores | _____ |

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

10. Desde que ha estado sin hogar:
- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Ha sido agredido | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Ha amenazado con agredir a otra persona | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Alguien lo ha amenazado con violencia o le ha hecho sentir inseguro | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Alguien ha intentado controlarlo a usted utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o padre | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 10, colocar puntuación 1.

11. Tiene en este momento una situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:
- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Que sea detenido | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Que afecte su posibilidad de encontrar vivienda | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Que afecte dónde puede vivir en su alojamiento | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
12. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable de un delito que pueda significar un obstáculo para acceder o mantener una vivienda? S N NR
13. ¿Pasó tiempo en el correccional y detención de menores antes de cumplir 18 años? S N NR

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

- SÍ a la pregunta 11 a, b, c o d
- SÍ a la pregunta 12,
- SÍ a la pregunta 13.



14. ¿Alguien le engaña, manipula u obliga para que haga cosas en contra de su voluntad? S N NR

15. ¿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 _____

16. ¿Alguna vez 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 14,*
- *Si la persona se queda en un lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 15,*
- *SÍ a la pregunta 16.*

17. ¿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

18. ¿Obtiene usted 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

19. ¿Realiza usted 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 17,*
- *NO a la pregunta 18,*
- *SÍ a la pregunta 19.*

20. ¿Tiene 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 20, colocar puntuación 1.

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

Si respondió SÍ a la pregunta 21, colocar puntuación 1.

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

a. Usted huyó de una casa de familia, vivienda colectiva u hogar de acogida S N NR

b. Había violencia entre los miembros de la familia en la casa donde vivía S N NR

c. Habían diferencias en cuanto a las creencias religiosas entre sus padres/guardianes/cuidadores S N NR

d. Habían conflictos sobre la identidad de género u orientación sexual S N NR

*Couch surfing (dormir de casa en casa) no cumple los requisitos de elegibilidad de desamparo HUD, sin embargo, existen otros programas para los que podrían calificar los jóvenes que experimentan desamparo y que duermen de casa en casa, por ejemplo, los programas financiados por RHY/FSBY y otros programas locales o estatales como el programa de centro básico o los beneficios de hogar de acogida extendidos. Las comunidades deben tomar esto en consideración al verificar la elegibilidad de los jóvenes que experimentan desamparo.



23. ¿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 22 y/o NO a la pregunta 23, colocar puntuación 1.

24. ¿Es usted menor de 17 de años? S N NR

25. ¿Tiene usted problemas de salud físicos o mentales o problemas cognitivos, incluyendo una lesión cerebral, que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda? S N NR

26. ¿Está usted embarazada? (si aplica) S N NR

27. ¿Estuvo embarazada siendo menor de edad o embarazó a alguien siendo menor de edad? S N NR

Si respondió SI a la pregunta 24, pregunta 25, pregunta 26 y/o pregunta 27, colocar puntuación 1.

28. 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

29. ¿Probó la marihuana a los 12 años de edad o antes? S N NR

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 28 y/o pregunta 29, colocar puntuación 1.

30. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:

a. Usted lo vende en vez de tomarlo S N NR

b. Utiliza el medicamento de otra manera que no sea la indicada S N NR

c. No puede obtener porque no se siente seguro S N NR

d. Encuentra imposible de tomar, se olvida tomar o decide no tomar S N NR

Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 30, colocar puntuación 1.

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

Si respondió SÍ a la pregunta 31, colocar puntuación 1.



32. ¿Tiene un alto riesgo de desamparo a largo plazo?

Colocar puntuación 1 si todas las siguientes condiciones se cumplen: *S*

- Sí a la pregunta 13,
- Sí a la pregunta 22 (a, b, c o d),
- Sí a la pregunta 27,
- Sí a la pregunta 29.

PUNTUACIÓN TOTAL

ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS RECOMENDADAS A TOMAR
0-3	Evaluar para los servicios de apoyo menos intensivos.
4-7	Evaluar para los servicios de apoyo moderado y limitado.
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?

