



ENCUESTA 2024 NEW JERSEY CUENTA

Al realizar la encuesta de PIT, recuerde que está solicitando información confidencial. Sea transparente. Deje que los encuestados sepan lo que están haciendo y por qué. Explique que es completamente confidencial. Ten empatía y sé amable.

LAS PREGUNTAS INDICADAS EN GRIS SE CONSIDERAN OBLIGATORIAS Y DEBEN SER COLECTADAS

¿Participo usted en la encuesta del 2024 NJ Cuenta? (CIRCULE UNO)

SI	NO
----	----

(1) ¿Le gustaría a usted o algún miembro de su familia recibir alguno de los siguientes servicios? (Marque TODOS los que aplican)

Refugio de Emergencia	Vivienda
Servicio de Abuso de Sustancias	Cuidado de Salud Mental
Asistencia Financiera para Mudanzas	Atención médica general
Asistencia Financiera para Vivienda	Asistencia Financiera para Servicios Públicos
Servicios para la Violencia Domestica	Alimentos de Emergencia Asistencia Alimenticia
Asistencia para obtener Documentos de Identificación	Servicios Legales
Asistencia de Empleo	Entrenamiento Educacional
Reunificación Familiar	Servicios para Veteranos
Otro:	

(2) ¿Qué problemas ha encontrado al intentar acceder a los servicios? (Marque TODOS los que aplican)

Sin identificación / documentos
Colocado en la lista de espera
Falta de transporte
Barreras lingüísticas
No calificó para servicios específicos
Dada de alta prematuramente del programa / servicios
Problemas para mudarse o relocalando entre condados
Servicios limitados debido a la edad
Sin dirección postal física
Problemas con la limpieza en el programa (moho, cucarachas, chinches, etc.)
Problemas con la agencia de bienestar del condado
Otro:

(3) ¿Dónde paso usted la noche del martes, 23 de enero? (Marque solo UNO)

DESAMPARADO	
En la calle, debajo de un puente, en un edificio abandonado, en un edificio publico, en un carro, viajando en auto-bus, o acampando	
Refugio de Emergencia	
Centro de Calentamiento Código Azul	
Albergue para Jóvenes Desamparados	
Refugio de Violencia Domestica	
Vivienda Transitoria	
Vivienda Transitoria para Victimas de la Violencia Domestica	
Hotel/Motel pagado por una Agencia	
Albergue	
VIVIENDA PERMANENTE / EN RIESGO	
Hotel / Motel Pagado por Usted	
Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporal para la oficina de Servicio Social (Board of Social Services)	
Vivienda Permanente	
Temporalmente con Amigos o Familia	
Vivienda para Jornaleros	
INSTITUCIONES	
Hospital Psiquiátrico	
Cárcel, Prisión, o Centro de Detención Juvenil	
Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Envejecientes / Rehabilitación	
Casa de Adopción / Casa en Grupo de Adopción	
Hospital Medico	
Centro de Rehabilitación por abuso de Sustancias	
Otro:	

(4) ¿En qué ciudad pasó usted la noche?

Estado	
Condado	
Ciudad	
Nombre del Programa	
Nombre de la Agencia	

(5) ¿Por cuánto tiempo ha estado en su actual situación de vivienda?

	Años		Meses		Días
--	------	--	-------	--	------

(6) ¿Durante los ultimos 12 meses, por cuantos meses ha estado usted?

En la Calle	
Refugio de Emergencia	
Albergue	

(7) ¿Cuántas veces separadas ha estado en la calle, en un refugio de emergencia, o en un albergue durante los últimos 3 años (pre 23/1/21)?

Escriba el número de meses de cada episodio sin hogar			
Episodio 1		Episodio 6	
Episodio 2		Episodio 7	
Episodio 3		Episodio 8	
Episodio 4		Episodio 9	
Episodio 5		Episodio 10	

(8) ¿Dónde fue su última dirección permanente antes de quedar sin hogar?

País	
Estado	
Condado	
Ciudad	

(9) ¿Necesita ayuda para obtener una Tarjeta de Residente Permanente / solicitar asilo?

SI	NO
----	----



ENCUESTA 2024 NEW JERSEY CUENTA

RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD

PLEASE LIST EVERY MEMBER OF HOUSEHOLD BY THEIR RELATIONSHIP TO THE RESPONDENT USING ONE OF THE FOLLOWING ANSWERS.

- SELF
- CHILD
- SIBLING
- FRIEND
- PARENT
- SPOUSE
- RELATIVE
- UNKNOWN

GENDER

PLEASE LIST THE PREFERRED IDENTIFICATION BELOW.

- M - MAN (BOY IF CHILD)
- W - WOMAN (GIRL IF CHILD)
- T - TRANSGENDER
- CSI - CULTURALLY-SPECIFIC IDENTITY
- NB - NON-BINARY
- Q - QUESTIONING

RACE / ETHNICITY

PLEASE WRITE IN ALL OPTIONS THAT THE RESPONDENT IDENTIFIES HIMSELF/HERSELF OR ANY HOUSEHOLD MEMBER AS.

- AI - AMERICAN INDIAN / ALASKA NATIVE / INDIGENOUS
- B - BLACK / AFRICAN-AMERICAN / AFRICAN
- PI - PACIFIC ISLANDER / NATIVE HAWAIIAN
- AS - ASIAN / ASIAN AMERICAN
- H - HISPANIC/LATINA/E/O
- WH - WHITE
- MENA - MIDDLE EASTERN/NORTH AFRICAN

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(10) ¿Quien estuvo con usted sin hogar la noche del 23 de enero?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA								CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA (MARQUE TODAS LA QUE APLICAN A CADA PERSONA)						
								Condición de Incapacidad					Sub-población	
RELACIÓN CON EL JEFE DE LA FAMILIA	Nombre (primer Initial)	Initial del Segundo Nombre	Apellido (las 2 primeras letras)	Edad	Genero	Raza / Origen Étnico	Problemas de Salud Mental	Abuso de Sustancias	Incapacidad Física	Discapacidad en el Desarrollo	Condición de Salud Crónica	SIDA	Huyendo de la Violencia Doméstica	Sirvió en las Fuerzas Armadas/ Veteranos
1	Usted													
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

(11) ¿Cuál de estos servicios recibe usted, o algún miembro de su familia? (Marque TODOS los que aplican)

FUENTES DE INGRESO		BENEFICIOS NO MONETARIO	
Ingreso Suplementario	Pensión de Divorcio	Seguro de Salud (Medicaid)	Asistencia Temporal de Servicios (Cuidado de Niño, Transportación, Otro)
Seguro Social por Incapacidad	Manutención de Niño	Seguro de Salud (Medicare)	
Asistencia Temporal	Pension de Veteranos	Cupones de Alimento	
Asistencia General/ Publica (Welfare)	Incapacidad Temporal del Estado	Seguro de Salud del Estado (Family Care)	Sección 8 / Vivienda Pública / Asistencia de Alquiler
Desempleo	Seguro Social	Seguro de Salud del Estado para Adultos	Otro:
Seguro Privado de Incapacidad	Otro:	Seguro de Salud para Indios	
Ingreso Salarial	Ningun Beneficio	Beneficios para Veteranos	Ningún Beneficio de Gobierno
Compensación de Trabajo		Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	

(12) ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo su actual situación de Vivienda? (Marque TODOS los que aplican)

Perdida o Reducción de Beneficios	Ejecución de Vivienda de Inquilinos o Dueños
Perdida o Reducción de Salario por Empleo	Enfermedad Mental
Enfermedad Física	Lesion
Incremento de Renta / Insuficiente Salario	Desintegración Familiar / Muerte en el Hogar
Desalojo o en riesgo de Desalojo	Liberado de la Prisión / Cárcel
Deficiente de Vivienda (moho, cucarachas, chinches, etc.)	Tiene que dejar la residencia que comparte
Reubicación	Abuso de Drogas / Alcohol
Violencia Domestica	Desastre Natural
Dado de Alta del Hospital	Impacto del Coronavirus (COVID-19)
Dado de Alta de una Institución Psiquiátrica	Orientación Sexual
Otro:	