

ENCUESTA 2026 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. Tén empatía y sé amable.

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

¿Participo usted en la encuesta
del 2026 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/Vivienda		Asistencia Para La Obtención De Identificación
	Servicios De Tratamiento Del Abuso De Sustancias		Servicios Legales
	Asistencia Financiera Para Depósitos De Seguridad/Vivienda/Servicios Públicos		Asistencia Laboral/Formación Educativa
	Atención De Salud Mental		Servicios Para Veteranos
	Atención General De Salud		Reunificación Familiar
	Servicios De Violencia Doméstica		Otro:
	Asistencia Alimentaria O De Comidas De Emergencia		

(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 relocando 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 pasa usted la noche del martes, 27 de enero?
(Marque solo UNO)

DESAMPARADO	
	En la calle
	En un edificio abandonado
	En un carro
	Acampando/Campamento
	Refugio de Emergencia
	Centro de Calentamiento Código Azul
	Violencia Domestica
	Vivienda Transitoria
	Hotel/Motel pagado por Agencia
	Refugio seguro

VIVIENDA PERMANENTE / EN RIESGO

Hotel / Motel Pagado por Usted
Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporaria por 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?

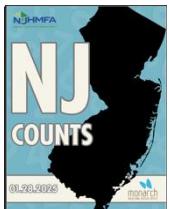
En la Calle	
Refugio de Emergencia	
Albergue	

(7) ¿Cuantas veces separadas ha estado en la calle, en un refugio de emergencia, o en un albergue durante los últimos 3 años (27/1/26)?

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	



ENCUESTA 2026 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 • FRIEND
- PARENT • SPOUSE • RELATIVE • UNKNOWN

GENDER

PLEASE LIST THE PREFERRED IDENTIFICATION BELOW.

- M - MALE • NB - NON-BINARY
- F - FEMALE • Q - QUESTIONING
- T - TRANSGENDER • O - OTHER

RACE / ETHNICITY

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

- AI - AMERICAN INDIAN / ALASKA NATIVE / • PI - PACIFIC ISLANDER / NATIVE HAWAIIAN • H - HISPANIC/LATINO
- F - FILIPINO • Q - QUESTIONING • WH - WHITE
- B - BLACK / AFRICAN-AMERICAN / AFRICAN • AS - ASIAN / ASIAN AMERICAN

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(9) ¿Quien estuvo con usted sin hogar la noche del 27 de enero?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA (MARQUE TODAS LA QUE APLICAN A CADA PERSONA)

	RELACIÓN CON EL JEFE DE LA FAMILIA	Nombre (primer Initial)	Inicial 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	Sub-población	Sirvió en las Fuerzas Armadas/ Veteranos	No Aplica Ninguno
1	Usted																
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

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

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

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

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:	