



Código _____ Condado _____ Agencia _____ Programa _____

ENERO 25, 2017

ENCUESTA 2017 - NUEVA JERSEY CUENTA

1. ¿Donde paso usted la noche del martes, 24 de enero? (Marque sólo Uno)

<input type="checkbox"/>	En la calle, debajo de un puente, en un edificio abandonado, en un edificio público, en un carro, viajando en auto-bus o acampando
<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Albergue para Jóvenes Desamparados
<input type="checkbox"/>	Refugio de Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Albergue
<input type="checkbox"/>	Vivienda Transitoria (tiempo-limitado)
<input type="checkbox"/>	Vivienda Transitoria para Victimas de la Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Hotel/Motel Pagado por una Agencia
<input type="checkbox"/>	Hotel/Motel Pagado por Usted
<input type="checkbox"/>	Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporaria por la Oficina de Servicio Social (Board of Social Services)
<input type="checkbox"/>	Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/>	Temporalmente con Amigos o Familia
<input type="checkbox"/>	Hospital Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	Cárcel, Prisión, o Centro de Detención Juvenil
<input type="checkbox"/>	Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Ancianos
<input type="checkbox"/>	Casa de Adopción/Casa en Grupo de Adopción
<input type="checkbox"/>	Hospital Medico
<input type="checkbox"/>	Centro de Rehabilitación por Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	Vivienda para Jornaleros
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

2. ¿En qué ciudad paso usted la noche?

Ciudad: _____
 Condado: _____ Estado: _____
 Nombre del Programa (si aplica): _____
 Nombre de la Agencia (si aplica): _____

3. ¿Por cuánto tiempo ha estado en su actual situación de vivienda?

<input type="checkbox"/>	años
<input type="checkbox"/>	meses
<input type="checkbox"/>	días

4. ¿Durante los últimos 12 meses, por cuantos meses ha estado usted sin hogar, en las calles, en refugio de emergencia, o en un albergue?

5. ¿Cuántas veces separadas ha estado sin hogar en la calle, en un refugio de emergencia, o en un albergue dentro de los últimos 3 años? (desde el 24 de enero del 2014)

6. ¿Cuál es el número total de meses que ha estado sin hogar en la calle, en un refugio de emergencia, o en un albergue dentro de los últimos 3 años? (desde el 24 de enero del 2014)

Información de los Miembros del Hogar

7. ¿Quien estuvo con usted sin hogar la noche del 24 de enero?

Relación con la Cabeza del Hogar	Información Demografica							Características de la Familia <i>Marque todas las que aplican a cada persona</i>								
	Nombre (Primera Inicial)	Inicial del Segundo Nombre	Apellido (Las 2 primeras letras)	Edad	Genero	Origen étnico	Raza	Victima de Violencia Domestica	Veterano	Problemas de Salud Mental	Abuso de Sustancias	Incapacidad Fisica	Discapacidad en el Desarrollo	Condicion de Salud Cronica	SIDA	No Aplica Ninguno
Yo																

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

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ País: _____

9. ¿Cuál fue su residencia antes de su actual situación de vivienda? (Marque sólo Uno)

<input type="checkbox"/>	Lugar no Estipulado para Habitar (En la calle, bus, carro, aeropuerto, edificio abandonado)
<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia o Hotel de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Albergue
<input type="checkbox"/>	Vivienda Transitoria para Personas sin Hogar
<input type="checkbox"/>	Hotel/Motel Pagado sin Cupón
<input type="checkbox"/>	Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporal por la Oficina de Servicio Social (Board of Social Services)
<input type="checkbox"/>	Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/>	Programa Permanente de Vivienda
<input type="checkbox"/>	Viviendo con Familia o Amigos
<input type="checkbox"/>	Hospital Psiquiátrico o Clínica para Tratamiento
<input type="checkbox"/>	Cárcel, Prisión, o Institución de Detención Juvenil
<input type="checkbox"/>	Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Ancianos
<input type="checkbox"/>	Casa de Adopción o Casa de Adopción en Grupo
<input type="checkbox"/>	Hospital Medico (cuarto de emergencia, cuidado médico agudo)
<input type="checkbox"/>	Tratamiento de Abuso de Sustancias - Desintoxicación
<input type="checkbox"/>	Casa de Huéspedes
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

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

<i>Fuentes de Ingreso</i>	<i>Beneficios no Monetarios</i>
<input type="checkbox"/> Ingreso suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimento
<input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (SSDI)	<input type="checkbox"/> Servicio de Salud (Medicaid)
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal (TANF)	<input type="checkbox"/> Servicio de Salud (Medicare)
<input type="checkbox"/> Asistencia General/ Pública (Welfare)	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud del Estado/FamilyCare
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud del Estado Para Adultos
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad Privado	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud para Indios
<input type="checkbox"/> Ingreso Salarial	<input type="checkbox"/> Beneficios a Veteranos
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajo	<input type="checkbox"/> Programa de Nutrición para Mujeres e Infantes (WIC)
<input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio	<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal a Familias con Necesidades. Servicios Financiados, Cuidado de Niño, transportación, otros
<input type="checkbox"/> Manutención de Niño	
<input type="checkbox"/> Pensión de Veteranos	<input type="checkbox"/> Asistencia de Renta Temporal del Board of Social Services
<input type="checkbox"/> Incapacidad de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sección 8/Vivienda Pública Asistencia de Alquiler
<input type="checkbox"/> Pensión de su Anterior Trabajo	
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal del Estado	<input type="checkbox"/> No Recibe Ningún Benéfico de Gobierno
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Ningún Ingreso	

11. ¿Cuál es el total de sus ingresos mensuales? \$ _____

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

<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Vivienda
<input type="checkbox"/>	Servicios de Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Salud Mental
<input type="checkbox"/>	Cuidado Medico (incapacidad)
<input type="checkbox"/>	Cuidado Medico (salud rutinaria)
<input type="checkbox"/>	Cuidado Dental
<input type="checkbox"/>	Servicios de SIDA
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Servicios Públicos
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Vivienda
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para gastos de Mudanzas
<input type="checkbox"/>	Alimentos de Emergencia o Asistencia Alimenticia
<input type="checkbox"/>	Servicios para la Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Servicios Legales
<input type="checkbox"/>	Servicios de Emigración
<input type="checkbox"/>	Asistencia para obtener Identificación
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Niño
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento Educativo
<input type="checkbox"/>	Asistencia de Empleo
<input type="checkbox"/>	Servicios de Transportación
<input type="checkbox"/>	Servicios a Veteranos
<input type="checkbox"/>	Reunificación Familiar
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

13. ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo su actual situación de vivienda? (Marque sólo Uno)

<input type="checkbox"/>	Perdida o Reducción de Beneficios
<input type="checkbox"/>	Perdida o Reducción de Salario por Trabajo
<input type="checkbox"/>	Desalojo o en Riesgo de Desalojo
<input type="checkbox"/>	Reubicación
<input type="checkbox"/>	Liberado de la Prisión/Cárcel
<input type="checkbox"/>	Dado de Alta del Hospital
<input type="checkbox"/>	Liberado de la Institución Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Física
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/>	Lesion
<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Tiene que dejar la residencia que comparte
<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas/Alcohol
<input type="checkbox"/>	Desastre Natural
<input type="checkbox"/>	Ejecución de una Hipoteca de Alquiler
<input type="checkbox"/>	Desintegración Familiar/Muerte en el Hogar
<input type="checkbox"/>	Otro : _____

Gracias por participar en la Encuesta del 2017 NJ Cuenta!