



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

Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál fue su residencia antes de su actual situación de vivienda? (Marque solo UNO)**

<input type="checkbox"/>	Lugar no estipulado para Habitar (la calle, bus, carro, aeropuerto, edificio abandonado)
<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia o Hotel de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Vivienda Transitoria para personas sin Hogar
<input type="checkbox"/>	Albergue
<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"/>	Temporalmente con Amigos o Familia
<input type="checkbox"/>	Hospital Psiquiátrico o Clínica para Tratamiento
<input type="checkbox"/>	Cárcel, Prisión, o Clínica para Tratamiento
<input type="checkbox"/>	Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Envejecientes
<input type="checkbox"/>	Casa de Adopción/Casa en Grupo de Adopción
<input type="checkbox"/>	Hospital Medico (sala de emergencia, cuidado agudo)
<input type="checkbox"/>	Centro de Rehabilitación por Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	Residencia
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

**9. ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo nuestra actual situación de vivienda? (Marque solo 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"/>	Incremento de Renta/Insuficiente Salario
<input type="checkbox"/>	Ejecución
<input type="checkbox"/>	Deficiente de Vivienda
<input type="checkbox"/>	Reubicación
<input type="checkbox"/>	Liberado de la Prisión/Cárcel
<input type="checkbox"/>	Dado de Alta del Hospital
<input type="checkbox"/>	Dado de Alta de una Institución Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Física
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/>	Lesion
<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas/Alcohol
<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Tiene que dejar la residencia que comparte
<input type="checkbox"/>	Desintegración Familiar/Muerte en el Hogar
<input type="checkbox"/>	Desastre Natural
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

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

<i>Fuentes de Ingreso</i>		<i>Beneficios no Monetario</i>	
<input type="checkbox"/>	Ingreso Suplementario	<input type="checkbox"/>	Cupones de Alimento
<input type="checkbox"/>	Seguro Social por Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud (Medicaid)
<input type="checkbox"/>	Asistencia Temporal	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud (Medicare)
<input type="checkbox"/>	Asistencia General/Publica (Welfare)	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud del Estado (Family Care)
<input type="checkbox"/>	Desempleo	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud del Estado para (Adultos)
<input type="checkbox"/>	Seguro Privado de Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Seguro de Salud para Indios
<input type="checkbox"/>	Ingreso Salarial	<input type="checkbox"/>	Beneficios para Veteranos
<input type="checkbox"/>	Compensación de Trabajo	<input type="checkbox"/>	Programa de Nutrición para mujeres,infantes y niños
<input type="checkbox"/>	Pensión de Divorcio	<input type="checkbox"/>	Asistencia Temporal de Servicios (Cuidado de Niño,Transportación, otro)
<input type="checkbox"/>	Manutención de Niño	<input type="checkbox"/>	Sección 8/Vivienda Pública/Asistencia de Alquiler
<input type="checkbox"/>	Pensión de Veteranos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Seguro Social	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal del Estado	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/>	Ningún Beneficio	<input type="checkbox"/>	Ningún Beneficio de Gobierno

**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 TODOS los que aplican)**

<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Vivienda
<input type="checkbox"/>	Servicio de Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Salud Mental
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Mudanzas
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Servicios Públicos
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Vivienda
<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"/>	Asistencia para obtener Documentos de Identificación
<input type="checkbox"/>	Entrenamiento Educativo
<input type="checkbox"/>	Asistencia de Empleo
<input type="checkbox"/>	Servicios a Veteranos
<input type="checkbox"/>	Reunificación Familiar

**Gracias por su Participación en la Encuesta 2018**

