

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

País: _____

Estado: _____

Condado: _____

Ciudad: _____

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

Lugar no estipulado para Habitar (la Calle, Bus, Carro, Aeropuerto, Edificio Abandonado)
Refugio de Emergencia o Hotel de Emergencia
Vivienda Transitoria para personas sin Hogar
Albergue
Hotel/Motel Pagado sin Cupón
Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporal por la oficina de Servicio Social (Board of Social Services)
Vivienda Permanente
Programa Permanente de Vivienda
Temporalmente con Amigos o Familia
Hospital Psiquiátrico o Clínica para Tratamiento
Cárcel, Prisión, o Centro de Detención Juvenil
Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para envejecientes
Casa de Adopción/Casa de Adopción en Grupo
Hospital Medico (sala de emergencia, cuidado agudo)
Centro de Rehabilitación por Abuso de Sustancias/Desintoxicación
Residencia
Otro: _____

9. ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo su actual situación de Vivienda? (Marque solo UNO)

Perdida o Reducción de Beneficios
Perdida o Reducción de Salario por Empleo
Desalojo o en riesgo de Desalojo
Incremento de Renta/Insuficiente Salario
Ejecución de Vivienda de Inquilinos o Dueños
Deficiente de Vivienda
Reubicación
Liberado de la Prisión/Cárcel
Dado de Alta del Hospital
Dado de Alta de una Institución Psiquiátrica
Enfermedad Física
Enfermedad Mental
Lesion
Abuso de Drogas/Alcohol
Violencia Domestica
Tiene que dejar la residencia que comparte
Desintegración Familiar/Muerte en el Hogar
Desastre Natural
Otro: _____

10. ¿Cuál es el total de sus ingresos mensuales?

\$ _____

11. ¿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>
Ingreso Suplementario	Cupones de Alimento
Seguro Social por Incapacidad	Seguro de Salud (Medicaid)
Asistencia Temporal	Seguro de Salud (Medicare)
Asistencia General/Pública (Welfare)	Seguro de Salud del Estado (Family Care)
Desempleo	Seguro de Salud del Estado para Adultos
Seguro Privado de Incapacidad	Seguro de Salud para Indios
Ingreso Salarial	Beneficios para Veteranos
Compensación de Trabajo	Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
Pensión de Divorcio	Asistencia Temporal de Servicios (Cuidado de Niño, Transportación, Otro)
Manutención de Niño	Sección 8/Vivienda Pública/Asistencia de Alquiler
Pension de Veteranos	
Seguro Social	Otro: _____
Incapacidad Temporal del Estado	
Otro: _____	Ningún Beneficio de Gobierno
Ningun Beneficio	

12. ¿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
Asistencia Financiera para Servicios Públicos
Asistencia Financiera para Vivienda
Alimentos de Emergencia o Asistencia Alimenticia
Servicios para la Violencia Domestica
Servicios Legales
Asistencia para obtener Documentos de Identificación
Entrenamiento Educacional
Asistencia de Empleo
Servicios para Veteranos
Reunificación Familiar
Otro: _____

¡Gracias por Participar en la Encuesta de NJ Cuenta 2020!

