

Evaluación de Falta de Vivienda y Herramienta de Remisión a Servicios

Evaluación de Entrada Coordinada, Estado de Equilibrio Continuidad de Atención de NC (NC BoS CoC)

Historial de Vivienda y de Falta de Vivienda	
1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted habitó en un lugar propio?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 3 - 5 meses <input type="checkbox"/> 6 -11 meses <input type="checkbox"/> 12 - 35 meses <input type="checkbox"/> Más de 36 meses
2. ¿Cuántos meses ha estado sin una vivienda, residiendo en exteriores o en un albergue?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 3 - 5 meses <input type="checkbox"/> 6 -11 meses <input type="checkbox"/> 12 - 35 meses <input type="checkbox"/> Más de 36 meses
3. ¿Dónde durmió anoche?	<input type="checkbox"/> Bajo ningún techo <input type="checkbox"/> Bajo un techo (albergue de emergencia, vivienda temporal) <input type="checkbox"/> Vivienda inestable (en sofás de casas de amigos) <input type="checkbox"/> Vivienda permanente <input type="checkbox"/> Institución (cárcel/hospital)
4. ¿Dónde va a dormir esta noche?	<input type="checkbox"/> Bajo ningún techo <input type="checkbox"/> Bajo un techo (albergue de emergencia, vivienda temporal) <input type="checkbox"/> Vivienda inestable (en sofás de casas de amigos) <input type="checkbox"/> Vivienda permanente <input type="checkbox"/> Institución (cárcel/hospital)
5. ¿Alguna vez ha estado implicado en el sistema de justicia penal (aún si no era cierto) y tal hecho le dificultó encontrar vivienda? (<i>Justicia penal</i> significa ser arrestado/a, estar en la cárcel, prisión o bajo libertad provisional).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Riesgos	
6. ¿Abandonó su situación previa o actual de vida debido a que sintió falta de seguridad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha pasado por hechos de violencia desde que carece de vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



8. ¿Ha pasado por hechos de violencia con alguien cercano a usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿En estos momentos está pasando por hechos de violencia o se siente en riesgo de correrlos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Salud y Bienestar	
10. ¿Hay alguien en su hogar que sufra de algún trastorno de salud física o mental que esté bajo tratamiento, o que haya recibido tratamiento por un profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Hay alguien en su hogar que sufra de cáncer de pulmón, de trastornos de hígado, riñones, corazón o bien, que sufra de abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí, más de 2 <input type="checkbox"/> Sí, 1 <input type="checkbox"/> No
12. ¿La falta de vivienda está dificultando acudir a un consultorio médico o tomar medicinas de receta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13. ¿Tiene cobertura de seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Grupo familiar	
14. ¿De qué tamaño es su familia en el hogar? (inclúyase usted mismo)	<input type="checkbox"/> 1 - 2 personas <input type="checkbox"/> Más de 3 personas
15. ¿Hay alguien menor de 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Hay alguien mayor de 55 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Hay en el hogar una embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Cuántos menores de 18 años ahora no están quedándose con la familia de usted, pero que vivirían con usted (si tuviera una vivienda)	<input type="checkbox"/> Más de 1 <input type="checkbox"/> Ninguno
19. ¿Cuántos adultos mayores de 18 años ahora no están quedándose con la familia de usted, pero que vivirían con usted (si tuviera una vivienda)	<input type="checkbox"/> Más de 1 <input type="checkbox"/> Ninguno

