

**ADMINISTRACIÓN**

Primer nombre del cabeza de familia:	Apellido del cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre del segundo cabeza de familia:	Apellido del segundo cabeza de familia:
Fecha:	Raza/etnia:
Hora de inicio:	Identidad de género (masculino, femenino, transgénero, otro):
Hora de finalización:	¿Se identifica como LGBTQ2+? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugar de la entrevista: refugio, centro comunitario, centro de acogida, otro (especificar):	Fecha de nacimiento:
¿Se completó un VI-SPDAT previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sirvió en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Puntuación del VI-SPDAT previo:	¿Tiene mascota(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Renuncia de responsabilidad:**  
 OrgCode Consulting, Inc. (OrgCode) no puede controlar la manera en la cual serán usados, aplicados o integrados los productos de VI-SPDAT y SPDAT, por parte de las comunidades, agencias y personal de primera línea. OrgCode no asume responsabilidad legal o de alguna otra manera, por las decisiones que se tomen o los servicios que se reciben junto con las herramientas.



**PUNTOS INICIALES DE DISCURSO**

**POR FAVOR UTILICE EL SIGUIENTE GUIÓN PARA COMENZAR LA ENTREVISTA**

Mi nombre es \_\_\_\_ y estoy con \_\_\_\_\_

Le haré algunas preguntas para determinar cómo podemos ayudarle mejor. Normalmente tarda unos 7 minutos en completarse. Las preguntas sólo necesitan una respuesta de sí o no. Puede ser difícil responder algunas preguntas con un sí o un no, pero haz lo mejor que pueda. Puede omitir o negarse a responder cualquier pregunta que le haga, pero también comprende que, si lo hace, es posible que la asistencia que podamos brindarle sea limitada.

Toda esta información es confidencial y tratada como tal. Tengo un formulario de autorización para que lo firme y que me permitirá discutir su información con otras personas que puedan ayudarle.

Si no entiende alguna pregunta, hágamelo saber y haré todo lo posible para explicársela. Finalmente, necesito que contesta la pregunta honestamente. No hay respuestas correctas o incorrectas y realmente no hay ninguna respuesta que estemos buscando aquí. Solo estamos tratando de conocerle y conocer la mejor manera en que podemos ayudarle.

**SECCIÓN 1: HIJOS DENTRO DEL HOGAR**

1. ¿Cuántos hijos menores de 18 años se encuentran actualmente con usted? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos hijos menores de 18 años no se encuentran actualmente con su familia, pero usted tiene razones para creer que se mudarán con usted cuando se le consiga alojamiento? \_\_\_\_\_
3. ¿Se encuentra algún miembro de su familia embarazada? (de ser aplicable)  S  N  NR

4. Por favor indique los hijos dentro de su hogar:

Hijo 1. Primer nombre:	Hijo 1. Apellido:
Hijo 1. Fecha de nacimiento:	Hijo 1. ¿Está con la familia?
Hijo 2. Primer nombre:	Hijo 2. Apellido:
Hijo 2. Fecha de nacimiento:	Hijo 2. ¿Está con la familia?
Hijo 3. Primer nombre:	Hijo 3. Apellido:
Hijo 3. Fecha de nacimiento:	Hijo 3. ¿Está con la familia?
Hijo 4. Primer nombre:	Hijo 4. Apellido:
Hijo 4. Fecha de nacimiento:	Hijo 4. ¿Está con la familia?
Hijo 5. Primer nombre:	Hijo 5. Apellido:
Hijo 5. Fecha de nacimiento:	Hijo 5. ¿Está con la familia?

Colocar puntuación 1 si se cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

- Si hay un padre soltero con 2 o más hijos, y/o un hijo menor de 11 años y/o un embarazo actual.
- SI hay dos padres con 3 o más hijos, y/o un hijo menor de 6 años y/o un embarazo actual.



**SECCIÓN 2: NECESIDADES ACTUALES**

5. La mayoría de los días usted y su familia pueden:

- a. Conseguir un lugar seguro para dormir  S  N  NR
- b. Acceder a un baño cuando lo necesita  S  N  NR
- c. Acceder a una ducha cuando la necesita  S  N  NR
- d. Conseguir comida  S  N  NR
- e. Conseguir agua u otras bebidas sin alcohol para mantenerse hidratado  S  N  NR
- f. Conseguir ropa o tener acceso a una lavandería cuando la necesita  S  N  NR
- g. Guardar sus cosas de forma segura  S  N  NR

Colocar puntuación 1 al responder NO a la pregunta 5 a, b, c, d, e, f o g.

**SECCIÓN 3: HISTORIAL DE VIVIENDA Y DETERMINACIÓN DE DESAMPARO CRÓNICO**

6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia vivieron en una vivienda estable y permanente? (¿es la respuesta en días, meses o años?) \_\_\_\_\_
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin hogar? \_\_\_\_\_
8. **SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 7 ES 2 O MÁS:**  
 Pensando en los últimos tres años y en los momentos que usted y su familia estuvieron sin hogar, si suma todos los meses en los que estuvieron sin hogar, ¿cuánto tiempo experimentó su familia desamparo? \_\_\_\_\_ meses
9. ¿Tiene alguna condición incapacitante diagnosticada y documentada?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si se respondió SÍ a la PREGUNTA 9 y se cumplen las siguientes condiciones:

- Si el cabeza de familia:
  - experimentó 1 o más años consecutivos de desamparo o
  - 4 o más episodios de desamparo y la duración total del desamparo es de 12 o más meses.

10. ¿Alguna vez vivió su familia en una casa de la cual usted fue dueño o en un apartamento a su nombre?  S  N  NR

11. ¿Fue usted o su familia alguna vez desalojado de una vivienda?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si respondió NO a la pregunta 10 y/o SÍ a la pregunta 11.



**SECCIÓN 4: VULNERABILIDADES Y NECESIDADES DE APOYO DE VIVIENDA**

- | 12. En los últimos 6 meses, cuántas veces usted o alguien de su familia:  | <i># de veces</i> |
|---|-------------------|
| a. Ha ido a la sala/departamento de emergencias   | _____             |
| b. Se lo han llevado en ambulancia  | _____             |
| c. Ha sido hospitalizado  | _____             |
| d. Utilizó un servicio o línea de ayuda para casos de crisis, como la prevención del suicidio o por violencia doméstica (de pareja o familia)   | _____             |
| e. Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen, fue el presunto autor de un crimen o porque le pidieron que se moviera de lugar por estar merodeando, durmiendo en un lugar público u otra situación similar | _____             |
| f. Permaneció una o más noches en la cárcel o celda de detención  | _____             |

*Si el número total de interacciones equivale a 4 o más, colocar puntuación 1.*

13. Desde que su familia ha estado sin hogar:
- |  |                            |                            |                             |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Alguien en su familia ha sido agredido  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Alguien en su familia ha amenazado con agredir a otra persona   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Alguien en su familia ha amenazado con hacerse daño a sí mismo o a otros  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Alguien lo ha amenazado a usted o a un miembro de su familia con violencia o le ha hecho sentir inseguro  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Alguien ha intentado controlarlo a usted o un miembro de su familia utilizando la violencia o amenazándolo con utilizar la violencia, bien se trate de un extraño, amigo, cónyuge, pariente o alguien en su familia | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 13, colocar puntuación 1.*

14. Tiene algún miembro de su familia en este momento una situación legal pendiente que pueda tener como consecuencia:
- |  |                            |                            |                             |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| a. Que sea detenido  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| b. Que tenga que pagar multas que no pueda costear                   | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| c. Que afecte la posibilidad de su familia de encontrar vivienda     | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| d. Que afecte dónde puede usted y su familia vivir en su alojamiento | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
| e. Que impacte la habilidad de su familia de permanecer junta        | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
15. ¿Se le ha declarado alguna vez culpable a un miembro de su familia de un delito que pueda significar un obstáculo para acceder o mantener una vivienda?
- |  |                            |                            |                             |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> NR |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 14 y/o SÍ a la pregunta 15, colocar puntuación 1.*



16. ¿Alguien engaña, manipula u obliga a un miembro de su familia para que haga cosas en contra de su voluntad?  S  N  NR

17. ¿Dónde duermen usted y su familia con mayor frecuencia? (seleccione una respuesta)

- Refugios  Vivienda de transición  Couch Surfing (de casa en casa)  
 Al aire libre  Carro  Otro \_\_\_\_\_

18. ¿Alguna vez usted o alguien de su familia realiza cosas que pueden considerarse riesgosas o dañinas, como por ejemplo vender drogas, compartir una jeringa, tener sexo por dinero o cosas similares?  S  N  NR

*Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:*

- *SÍ a la pregunta 16,*
- *Si la familia se queda en otro lugar distinto a refugios, vivienda de transición o lugar seguro en la pregunta 17,*
- *SÍ a la pregunta 18*

19. ¿Hay alguien que cree que usted o un miembro de su familia le debe dinero, como un familiar, amigo, arrendador pasado, negocio, corredor de apuestas, traficante, banco, compañía de tarjeta de crédito, compañía de servicios o persona similar?  S  N  NR

20. ¿Obtiene usted o alguien de su familia dinero por parte del gobierno, por un trabajo, manutención, pensión alimenticia, por trabajar “debajo de la mesa”, trabajo ocasional, herencia, pensión o algo similar?  S  N  NR

21. ¿Realiza usted o alguien de su familia apuestas con dinero que no puede permitirse perder o tiene deudas asociadas con apuestas?  S  N  NR

*Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:*

- *SÍ a la pregunta 19,*
- *NO a la pregunta 20,*
- *SÍ a la pregunta 21*

22. ¿Todos en su familia tienen actividades planificadas, distintas a las actividades de supervivencia, por lo menos cuatro días a la semana que les satisfagan y den felicidad?  S  N  NR

*Si respondió NO a la pregunta 22, colocar puntuación 1.*

23. ¿Cuenta su familia con una serie de pertenencias que le obstaculizan la posibilidad de acceder a servicios o vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 23, colocar puntuación 1.*

24. Considera usted que la situación actual de desamparo de su familia fue ocasionada por:

- a. Una relación que fracasó  S  N  NR
- b. Una relación enfermiza o abusiva  S  N  NR
- c. Su familia o amigos provocaron que usted perdiera su vivienda  S  N  NR



FAMILIAS

VERSIÓN AMERICANA 3.0

25. ¿Cuenta la mayoría de sus familiares y amigos con una vivienda estable?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquiera de las opciones de la pregunta 24 y/o NO a la pregunta 25, colocar puntuación 1.*

26. ¿Alguien en su hogar es mayor de 60 años?  S  N  NR

27. ¿Tiene alguien en su familia problemas de salud físicos o mentales o problemas cognitivos, incluyendo una lesión cerebral, que requiera asistencia para acceder o mantener una vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 26 y/o SÍ a la pregunta 27, colocar puntuación 1.*

28. Alguien en su familia utiliza drogas o alcohol de forma tal que:

a. Impacte su vida de una manera negativa la mayoría del tiempo  S  N  NR

b. Le dificulte acceder a una vivienda  S  N  NR

c. Requiera asistencia para mantener una vivienda  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 28, colocar puntuación 1.*

29. Hay algún medicamento(s) que por cualquier razón:

a. Un doctor le indicó a usted o alguien en su familia que debe tomar, pero no está tomando  S  N  NR

b. El medicamento se vende en vez de tomarlo  S  N  NR

c. El medicamento se utiliza de otra manera que no sea la indicada  S  N  NR

d. El medicamento es imposible de tomar, se olvida tomar o decide no tomar  S  N  NR

*Si respondió SÍ a cualquier opción de la pregunta 29, colocar puntuación 1.*

30. ¿Ha sido el desamparo de su familia causado por un trauma o abuso reciente o pasado?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 30, colocar puntuación 1.*

31. ¿Hay algún hijo que haya sido retirado por el servicio de protección de menores en los últimos 6 meses?  S  N  NR

32. ¿Tiene usted algún problema legal familiar como la custodia de hijos, problemas de protección, divorcio o algo similar que está siendo resuelto en la corte o necesita ser resuelto en la corte, y que pueda afectar su alojamiento o quienes puedan vivir en la vivienda?  S  N  NR

*Si respondió SÍ a la pregunta 31 y/o pregunta 32, colocar puntuación 1.*



33. En algún momento en los últimos 6 meses, ¿le han separado a algún hijo de usted para que viva con otro familiar o amigo?  S  N  NR

34. En los últimos 6 meses, ¿algún hijo ha experimentado abuso o trauma?  S  N  NR

35. **En caso de haber hijos en edad escolar:** ¿sus hijos asisten a la escuela con frecuencia cada semana?  S  N  NR

Colocar puntuación 1 si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- SÍ a la pregunta 33,
- SÍ a la pregunta 34,
- NO a la pregunta 35.

36. En los últimos 6 meses, ¿ha cambiado alguno de los adultos en la familia debido a una relación nueva, una separación, encarcelamiento, despliegue militar o alguna otra situación similar?  S  N  NR

37. ¿Anticipa usted que en los primeros 6 meses de que su familia sea alojada, vengan a vivir con ustedes otros adultos o niños?  S  N  NR

Si respondió SÍ a la pregunta 36 y/o pregunta 37, colocar puntuación 1.

38. ¿Cuenta su familia con un grupo de apoyo cuando necesita ayuda con sus hijos o cuando se le presenta otra situación?  S  N  NR

39. **En caso de haber niños menores de 12 años y niños mayores de 13 años:** ¿pasan los hijos mayores dos o más horas al día ayudando a sus hermanos menores con sus tareas, arreglarlos para la escuela, la cena, bañarlos o cosas similares?  S  N  NR

Si respondió NO a la pregunta 38 y/o SÍ a la pregunta 39, colocar puntuación 1.

**PUNTUACIÓN TOTAL**



ESCALA DE PUNTUACIÓN	MEDIDAS RECOMENDADAS A TOMAR
0-3	Evaluar para los servicios de apoyo menos intensivos.
4-8	Evaluar para los servicios de apoyo moderado y limitado.
Más de 9	Evaluar para los servicios de apoyo de alta intensidad por un período de tiempo más largo y, tal vez, incluso permanente.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

En un día normal, ¿cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted?

---



---



---

Si no pudimos contactarle de esa forma, ¿cuál sería la siguiente manera para ponerse en contacto con usted?

---



---



---

