# Logotipo del Programa de Continuidad de Atención del Balance del Estado del estado de Nueva York

# Herramienta de Evaluación de la Vulnerabilidad del Balance del Estado (BoS-VAT)

Nombre del entrevistador:

Agencia:

Fecha de la entrevista:

## Guion de apertura/Presentación

El objetivo de esta encuesta es conocer más sobre usted con la esperanza de encontrar el tipo de vivienda que mejor se adapte a sus necesidades. Usaremos la información de esta encuesta junto con otros detalles para hacer su registro en una lista comunitaria de personas que necesitan vivienda. Damos prioridad a las personas de esta lista para que accedan a los espacios de vivienda disponibles.

Sus respuestas a estas preguntas solo se analizan con las agencias de servicios y no afectarán ningún otro beneficio que reciba, como asistencia pública o cupones de alimentos. Todas las agencias convienen mantener su información confidencial.

Si le hago una pregunta que usted prefiere no responder, hágamelo saber y podemos pasar a otra. Si no entiende una pregunta, hágamelo saber para poder explicarla mejor. Trate de responder las preguntas de manera honesta y precisa para que podamos encontrar servicios para los que podría calificar.

Brinde información de contacto actualizada para que podamos comunicarnos con usted cuando haya viviendas disponibles. Si llega a cambiar de número de teléfono, puede comunicarse con la persona o agencia que realizó su encuesta para que podamos actualizar nuestros registros.

Consentimiento para participar: [ ]  Sí [ ]  No

## Información básica

Nombre:       Nombre preferido:

¿En qué idioma cree que se expresa mejor?

Fecha de nacimiento:      /     /      Edad:

Número de Seguro Social:

Número(s) de teléfono actual(es):

Dirección(es) de correo electrónico actual(es):

Información de contacto en redes sociales:

Cantidad de miembros del hogar:

Tamaño de la unidad: [ ]  Estudio/1 hab. [ ]  2 hab. [ ]  +3 hab.

¿En qué condado le gustaría vivir? *Elija todas las opciones que correspondan.*

[ ]  Cattaraugus [ ]  Clinton [ ]  Fulton [ ]  Herkimer

[ ]  Montgomery [ ]  Putnam [ ]  Schoharie [ ]  Sullivan

¿Tiene alguna necesidad o requisito específicos para la vivienda, como preferencia de ubicación/ciudad, necesidades de accesibilidad en la unidad, etc.?

¿Usted o algún miembro del hogar tiene una discapacidad por la que haya tenido que consultar a un médico recientemente o en el pasado? [ ]  Sí [ ]  No

## Condición en materia de vivienda

### Ubicación de la persona sin hogar

¿Dónde durmió anoche?

Condición de la falta de vivienda **[para que llene el personal]**

[ ]  Lugar no apto para la habitación humana

[ ]  Refugio temporal, por ejemplo, hotel/motel pagado por el Departamento de Servicios Sociales (DSS, por sus siglas en inglés) u otras organizaciones

[ ]  En situación de huida o intentando huir de un contexto de violencia doméstica

[ ]  Riesgo inminente de perder la residencia principal en la que pasa la noche (por ejemplo, a causa de un desalojo pendiente, se le pide que abandone la residencia compartida, duerme en casa de amistades o familiares, paga un hotel por cuenta propia)

¿Dónde duerme habitualmente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apartamento propio | Con familiares o amistades | Refugio u hotel o motel pagado por el DSS | Centro de calentamiento | Edificio, vehículo o caravana abandonados o desmantelados | Al aire libre (tienda de campaña, banco, campamento) |
| 0 | 0.5 | 1 | 1.5 | 2 | 3 |

### Duración de la falta de vivienda

¿Cuánto tiempo lleva sin tener una vivienda?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hace poco que está sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar | Historial de falta de vivienda moderada | Falta de vivienda crónica |
| Se quedó sin hogar recién ahora o hace menos de 1 mes, OEn riesgo inminente de quedarse sin hogar | Ha estado sin hogar desde hace 1 mes a 12 meses | Ha estado sin hogar desde hace 1 año o más, o ha tenido al menos 4 episodios de falta de vivienda en los últimos 3 años |
| 0.5 | 1 | 2 |

¿Usted o algún miembro de su hogar estuvo alguna vez alojado en una vivienda permanente y la perdió?

|  |  |
| --- | --- |
| No | Sí |
| 0 | 1 |

Comentarios relacionados con la condición en materia de vivienda:

## Necesidades básicas

¿Cómo se ocupan usted y los miembros de su hogar actualmente de las necesidades básicas, como bañarse, cambiarse de ropa, usar el baño, obtener alimentos, agua limpia y otras necesidades similares?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante puede satisfacer las necesidades básicas, como obtener alimentos y mantener la higiene?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Es capaz de usar servicios para obtener alimentos; se ocupa de la higiene | Algunos problemas para mantenerse al día con las necesidades básicas, pero generalmente puede hacerlo por cuenta propia; generalmente, se mantiene la higiene y la ropa está limpia/en buen estado | Generalmente, la higiene es deficiente, pero puede satisfacer las necesidades con ayuda; cierta apertura para hablar de las necesidades | No puede acceder a los alimentos por cuenta propia; higiene muy deficiente, por ejemplo, ropa sucia; reticente a recibir ayuda; no tiene conocimiento sobre las necesidades |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con las necesidades básicas:

## Independencia y autonomía

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido víctima o ha presenciado un delito que continúa afectando su vida diaria?

¿Alguna persona ejerce presión sobre usted o usa prácticas engañosas para que haga cosas que usted no quiere hacer?

¿Sus amistades suelen pedirle a usted o a un miembro de su hogar dinero o que comparta sus beneficios (como cupones de alimentos o seguridad social)?

¿Se queda sin dinero a fin de mes? ¿No ha podido cubrir los gastos domésticos porque comparte o presta dinero a otras personas?

¿Tiene problemas para decir que no a las personas que le piden favores? ¿Es capaz de poner límites?

¿Tiene un representante de pagos?

¿Usted o alguien miembro de su hogar ha sido agredido o sufrido violencia desde que la situación de vivienda se volvió inestable?

¿Usted o algún miembro de su hogar se involucra en actividades que pueden considerarse riesgosas, como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir agujas o alguna otra actividad similar?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante es vulnerable a la explotación y es consciente de los comportamientos seguros?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Tiene independencia y autonomía; sabe cómo moverse; sabe cómo mantenerse a salvo; sabe cómo defenderse | Informa cierta independencia y autonomía; ocasionalmente se aprovechan de esta persona; necesita un poco de ayuda para reconocer comportamientos inseguros | Con frecuencia se encuentra en situaciones peligrosas; comunica temores sobre personas o situaciones; la persona informa que se aprovechan de ella | Vulnerable a la explotación; se expone a la victimización con regularidad; no tiene conocimiento sobre los comportamientos peligrosos o la seguridad personal |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con la independencia y la autonomía:

## Seguridad del hogar

¿Actualmente vive con una persona que le da miedo o de la que recibe amenazas, o a la que está tratando de dejar?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| El entorno es aparentemente seguro y estable | El entorno parece seguro; sin embargo, el futuro es incierto; es importante la planificación de seguridad | La seguridad está amenazada/hay protección temporal disponible; es esencial la planificación de seguridad continua | El hogar o la residencia no son seguros; el nivel inmediato de letalidad es extremadamente alto; posible participación de Servicios de Protección Infantil (CPS, por sus siglas en inglés) |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con la seguridad del hogar:

## Comportamientos sociales

¿Cómo interactúa con los demás cuando siente estrés?

¿Cómo se mantienen organizados usted y su hogar para cumplir con las citas?

¿Cómo comunica sus necesidades a los demás?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante es capaz de comportarse adecuadamente en situaciones sociales?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Defiende más que adecuadamente sus propias necesidades; tiene una gran capacidad para comunicarse claramente con los demás; puede realizar un seguimiento de las citas | Cierta dificultad paramantener la organización; puede tolerar comentarios y responder con problemas mínimos; puede necesitar reiterados planteamientos sobre el mismo tema; ocasionalmente reacciona de manera inapropiada cuando siente estrés | Tiene algo de dificultad para lidiar con el estrés; algunos pensamientos desorganizados; poca capacidad de atención; poco sociable pero interactúa con otras personas cuando se le acercan; a veces tiene arrebatos de ira cuando está en contacto con otras personas | Tiene dificultad para relacionarse y comunicarse con los demás; tiene una comprensión mínima sobre el comportamiento y las consecuencias; a menudo responde de manera enojada o agresiva; puede parecer intimidante; tiene una capacidad deficiente para lidiar con el estrés |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con los comportamientos sociales:

## Salud física/Atención médica

Cuando usted o un miembro de su hogar está enfermo o no se siente bien, ¿cómo busca asistencia médica?

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar algún problema de salud crónico, como en el hígado, los riñones, el estómago, los pulmones o el corazón?

¿Tiene alguna discapacidad física que condicionaría el tipo de vivienda al que podría acceder o que le imposibilitaría vivir de forma independiente, por lo que requeriría, por ejemplo, un apartamento en planta baja o baños con instalaciones de accesibilidad?

¿Usted y su familia alguna vez tuvieron que abandonar un apartamento, un programa de refugio u otro sitio en el que se alojaban debido a su salud física?

¿Actualmente toma medicamentos? Si es así, ¿toma los que le recetan?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante tiene impedimentos físicos o enfermedades que afectan su capacidad funcional?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Busca ayuda médica cuando la necesita; no tiene enfermedades graves ni crónicas | Tiene un problema o de salud física que está controlado (p. ej., diabetes, presión arterial alta); toma los medicamentos que le recetan y asiste a las consultas médicas | Tiene una enfermedad o un problema de salud física que no está controlado (p. ej., diabetes, presión arterial alta); no toma los medicamentos como se indica en la receta; no busca ayuda de los proveedores | Enfermedad física discapacitante; se niega a recibir tratamiento |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con la salud física/atención médica:

## Salud mental

¿Tiene algún problema de salud mental que le imposibilitaría vivir de forma independiente?

¿Ha sufrido una lesión cerebral traumática (LCT, por sus siglas en inglés) que le dificultaría vivir de forma independiente?

¿Está tomando algún medicamento para su salud mental? ¿Le resulta difícil tomar los medicamentos que le recetan?

¿Alguna vez le han pedido que abandone un apartamento, refugio u hotel en el que se alojaba en el pasado?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante parece tener problemas relacionados con la salud mental?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Sin problemas de salud mental aparentes | Informa que tiene problemas de salud mental; informa que cuenta con un proveedor de servicios; toma los medicamentos que le recetan | Informa que no tomalos medicamentos que le recetan; no participa en los servicios de salud mentalrecomendados | No tiene conexión con los servicios necesarios; informa/muestra síntomas de funcionamiento deficiente (p. ej., habla consigo mismo/a, depresión); ningún conocimiento sobre la enfermedad mental |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con la salud mental:

## Consumo de sustancias

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción?

¿Su consumo de alcohol o drogas ha afectado su vida diaria? Si es así, ¿cómo?

¿Su consumo de alcohol o drogas ha afectado su capacidad para cumplir sus metas?

¿Su consumo de alcohol o drogas produjo que le pidieran que abandonara un apartamento, refugio u hotel donde se alojaba en el pasado?

*(Según las respuestas a las preguntas anteriores y la evaluación, ¿la persona participante tiene problemas relacionados con el consumo de sustancias?)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sin vulnerabilidad | Vulnerabilidad baja | Vulnerabilidad moderada | Vulnerabilidad grave |
| Sin consumo de sustancias o consumo estrictamente social; sin impacto en el nivel de funcionamiento | Consumo ocasional de sustancias; todavía puede cubrir las necesidades básicas | Consumo de sustancias que afecta la capacidad para cubrir las necesidades básicas; recibe algo de apoyo; tiene problemas para avanzaren la consecución de metas | Sin compromiso con los servicios/apoyo necesarios; deterioro aparente en el funcionamiento; incapacidad para cubrir las necesidades básicas |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Comentarios relacionados con el consumo de sustancias:

## Puntaje

Condición en materia de vivienda:

Necesidades básicas:

Independencia y autonomía:

Seguridad del hogar:

Comportamientos sociales:

Salud física/Atención médica:

Salud mental:

Consumo de sustancias:

Puntaje total: