

Sistema de Evaluación Coordinado de Albuquerque

Fecha:

Autorización para completar la encuesta VI-SPDAT y participar en el Sistema de Evaluación Coordinado

Iniciales:

Encuesta para familias

Tenga en cuenta: esta encuesta, la cual no es una solicitud para vivienda, está destinada a familias con hijos menores (menores de 18 años) residiendo en el hogar. Si no hay un niño menor en el hogar, complete la encuesta individual.

El Sistema de Evaluación Coordinada de Albuquerque (ACES) es un proceso que tiene como objetivo ayudar a las personas que se encuentran sin hogar (por ejemplo, durmiendo en las calles, parques o en un refugio) en la ciudad de Albuquerque y conectarlas con los recursos de vivienda a medida que estén disponibles. Este sistema es solo un sistema que se conecta a tipos limitados de recursos, hay varios tipos de viviendas que existen en toda la ciudad que van desde subsidiadas hasta asequibles, asegúrese de solicitar viviendas adicionales para expandir sus opciones de vivienda. Cuando la vivienda esté disponible a través de nuestro sistema, nos comunicaremos con usted directamente, asegúrese de que su información de contacto y/o las mejores formas de contactarlo estén siempre actualizados. En general, debe actualizar su información de contacto con todas las viviendas a las que haya solicitado.

Comuníquese con el personal de ACES para recibir más información sobre ACES o los recursos de vivienda en la comunidad.

Puede comunicarse con el personal de ACES en: Teléfono: 505-217-9570 Texto: 505-226-3848 o email: cap@nmceh.org.

| | | | |
|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| Nombre de Entrevistador: | | Agencia/Ubicación: | |
| Nombre de Cabeza de Hogar: | | Apellido de Cabeza de Hogar: | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: | HMIS Client ID: | |
| Información de Cónyuge (si es aplicable) | | | |
| Nombre: | | Apellido: | |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Seguro Social: | HMIS Client ID: | |

Al firmar este formulario de consentimiento, acepto y entiendo lo siguiente:

- Estoy de acuerdo en permitir que mis respuestas a esta encuesta sean reveladas y recibidas por todas las agencias que participan en la ACES, a través de HMIS, para ayudar a determinar si puedo ser elegible para vivienda disponible y programas relacionados. La lista completa de las agencias participantes será proporcionada y/o leída a mí a petición.
- Entiendo que la información que proveo puede ser compartida con agencias participantes y fuentes de financiamiento en Nuevo México con el propósito de encontrar vivienda apropiada, servicio de apoyo y reportes. La información incluye, pero no está limitada a:
 - o Toda la información contenida en el Vulnerability Index and Service Prioritization Decision Assistance Tool (VI-SPDAT), Historial de Vivienda e Indigencia, Riesgos, Socialización y Actividades Diarias, Bienestar & Preguntas Adicionales.
- Estoy de acuerdo en permitir que el personal de ACES ingrese toda la información proporcionada a través de esta encuesta en HMIS.
- Entiendo que participar en el ACES no garantiza que seré aceptado en un programa de vivienda y/o servicios de apoyo.
- Entiendo que esta encuesta no es una solicitud de vivienda sino una encuesta para conectarme con clases específicas de vivienda.
- Entiendo que una agencia que está ofreciendo vivienda o servicios de apoyo puede requerir información y documentación adicional antes de ingresar al programa de vivienda o servicios de apoyo.
- Entiendo que yo, o mi coordinador de servicios designado, podemos ser contactados sobre mi encuesta y situación de vida actual.
- Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar que mi información sea desidentificada o anónima en HMIS.
- Esta autorización **expirará** dos (2) años después de la fecha de mi firma.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de este formulario de consentimiento después de haberlo firmado.

Firme a continuación si acepta participar en la ACES

Su firma a continuación indica que ha leído (o que alguien ha leído y notificado) la información proporcionada anteriormente, ha recibido respuestas a sus preguntas y ha elegido libremente participar en ACES. Al aceptar participar, no renuncia a ninguno de sus derechos legales.

Nombre en mayúsculas de cabeza de hogar

Firma de cabeza de hogar

Fecha

Nombre en mayúsculas de cónyuge

Firma de cónyuge

Fecha

Nota: Independientemente del género, si está huyendo de una situación de violencia doméstica (incluyendo agresión sexual, acoso o violencia entre parejas) o teme por su seguridad debido a una situación anterior de violencia doméstica, su información está protegida bajo la Ley de Violencia Contra las Mujeres (VAWA) y será no identificada en la base de datos compartida segura.

Al marcar la casilla , no identificada

Sistema de Evaluación Coordinado de Albuquerque

Encuesta para Familias

Iniciales:

Seré honesto; Algunas preguntas son de naturaleza personal. Si se siente incómodo o molesto durante la entrevista, puede pedir un descanso, omitir cualquier pregunta o terminar la encuesta. Nadie se molestará o se enojará si decide. Si usted no entiende una pregunta, hágamelo saber y estaré encantado de aclarar. No hay respuestas correctas o incorrectas y no hay respuestas que le impedirán recibir servicios, así que por favor responda tan honestamente como usted se sienta cómodo haciéndolo.

| Preguntas | | | | | Respuesta | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|----------------------|---------------------|------------|------------------|
| 1. ¿Número total de niños menores de 18 años que actualmente están con usted o tiene razón para creer que se unirán a usted cuando consiga hogar? | | | | | # hijos | |
| 2. ¿Número total de niños menores de 18 años que no están actualmente con usted, pero tiene motivos para creer que se unirán a usted cuando obtenga una casa? | | | | | # hijos | |
| 3. ¿Algún miembro de su hogar está embarazada en este momento? | | | | | Sí | No |
| 4. Proporcione una lista de las edades de los niños. | | | | | | |
| Nombres de niños | | Edad | Fecha de nacimiento: | Actualmente consigo | | Se unirá a usted |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| | | | | Sí | No | Sí No |
| 5. ¿ En dónde duermen usted y su familia con más frecuencia? (marque uno) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Afuera <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | | | | |
| 6. ¿Hace cuánto fue la última vez que usted y su familia vivieron en una vivienda estable permanente? | | | | | | |
| 7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces estuvieron usted y su familia viviendo en la calle? | | | | | | |
| 8. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o algún miembro de su familia... | | | | | | |
| a) Recibió servicios de atención de salud en un departamento/una sala de emergencias? | | | | | # de veces | |
| b) Fue al hospital en ambulancia? | | | | | # de veces | |
| c) Quedó hospitalizado? | | | | | # de veces | |
| d) Utilizó un servicio de crisis, lo que incluye crisis por agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar/íntima, centros de emergencia y líneas directas de prevención del suicidio? | | | | | # de veces | |
| e) Habló con la policía porque presencié un crimen, fue víctima de un crimen o el supuesto autor de un crimen, o porque la policía le dijo que debía circular? | | | | | # de veces | |
| f) Se quedó una noche o más en una celda de detención, cárcel o prisión, independientemente si fue una estadía a corto plazo, como la celda para borrachos, una estadía a largo plazo por un delito más grave, o algo intermedio? | | | | | # de veces | |
| 9. ¿Lo han atacado o golpeado a usted o a cualquier miembro de su familia desde que se quedaron viviendo en la calle? | | | | | | |
| | | | | | Sí | No |
| 10. ¿Usted o algún miembro de su familia ha amenazado con hacerse daño, o ha intentado hacerse daño, a usted mismo o a otra persona en el último año? | | | | | | |
| | | | | | Sí | No |
| 11. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún "asunto legal" en curso en este momento, que podría resultar en que lo encarcelen, tiene que pagar multas o que le dificulte poder alquilar un lugar en donde vivir? | | | | | | |
| | | | | | Sí | No |
| 12. ¿Alguien le obliga a usted o a cualquier miembro de su familia a hacer cosas que no quiere hacer, o le engaña para que las haga? | | | | | | |
| | | | | | Sí | No |
| 13. ¿Hay momentos en los que usted o algún miembro de su familia hace cosas que se podrían considerar riesgosas, como intercambiar sexo por dinero, contrabandear drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una jeringa, o algo por el estilo? | | | | | | |
| | | | | | Sí | No |

Sistema de evaluación coordinado de Albuquerque

Encuesta para Familias

Iniciales:

| Preguntas | Respuesta | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| 14. ¿Hay alguna persona, pasado propietario, negocio, corredor de apuestas, traficante, o grupo de gobierno como el IRS que crea que usted o algún miembro de su familia le debe dinero? | Sí | No |
| 15. ¿Usted o algún miembro de su familia recibe dinero del gobierno, pensión, herencia, trabajo debajo de la mesa, trabajo regular, o algo por el estilo? | Sí | No |
| 16. ¿Alguien en su familia tiene actividades planificadas, además de sobrevivir, que le hacen sentir feliz y satisfecho? | Sí | No |
| 17. Actualmente, ¿todos en su familia pueden encargarse de sus necesidades básicas, como bañarse, cambiarse la ropa, usar el baño, conseguir comida y agua limpia y otras cosas por el estilo? | Sí | No |
| 18. ¿La situación de calle actual de su familia la causó, de cualquier manera, una relación que se deshizo, una relación tóxica o abusiva, o porque sus familiares o amigos causaron su desalojo? | Sí | No |
| 19. ¿Su familia alguna vez tuvo que irse de un apartamento, programa residencial u otro lugar en donde se estaba quedando debido a su salud física o la salud física de algún miembro de su familia? | Sí | No |
| 20. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún problema de salud crónica con su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón? | Sí | No |
| 21. Si hubiera espacio disponible en un programa que específicamente ayudan a personas que viven con VIH o SIDA, ¿le interesaría a usted o a alguien de su familia? | Sí | No |
| 22. ¿Alguien en su familia tiene alguna discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que puede acceder, o que le dificultaría vivir por su cuenta porque necesitaría ayuda? | Sí | No |
| 23. Cuando usted o alguien de su familia no se siente bien, ¿su familia evita buscar ayuda médica? | Sí | No |
| 24. ¿El uso de alcohol o drogas por parte suya o de su familia tuvo como resultado el que lo echaran de un apartamento o programa en el pasado? | Sí | No |
| 25. ¿El uso de alcohol o drogas le dificultará a su familia mantener una vivienda o podrá costear su vivienda? | Sí | No |
| 26. ¿Alguna vez su familia tuvo problemas para mantener su vivienda, o lo han echado de un apartamento, programa residencial u otro lugar a causa de... | | |
| a) Un problema o una inquietud de salud mental? | Sí | No |
| b) Una lesión de cabeza previa? | Sí | No |
| c) Una discapacidad de aprendizaje, discapacidad del desarrollo, u otro problema? | Sí | No |
| 27. ¿Algún miembro de su familia tiene algún problema de salud mental o problema cerebral que le dificultaría vivir por su cuenta porque necesita ayuda? | Sí | No |
| 28. ¿Algún miembro de su familia tiene una condición médica, problema de salud mental y experiencia con el uso problemático de sustancias? | Sí | No |
| 29. ¿Hay algún medicamento que el médico le haya dicho a usted o a algún miembro de su familia que debería estar tomando y que, por cualquier razón, no está tomando? | Sí | No |
| 30. ¿Hay algún medicamento, por ejemplo, analgésicos, que usted o algún miembro de su familia no tome del modo en que se lo recetó el médico, o casos en los que venda el medicamento? | Sí | No |
| 31. ¿El período sin hogar actual de su familia lo causó una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual, u otro tipo de abuso, u otro trauma que haya experimentado? | Sí | No |
| 32. ¿Hay algún niño que haya sido separado de la familia por un servicio de protección al menor en los últimos 180 días? | Sí | No |
| 33. ¿Tiene algún asunto legal familiar que se esté resolviendo ante un tribunal o que se deba resolver ante un tribunal y que afectaría su situación de vivienda o las personas que vivirían dentro de dicha vivienda? | Sí | No |
| 34. ¿En los últimos 180 días, alguno de los niños ha vivido con familiares o amigos a causa de su situación de calle o situación de vivienda? | Sí | No |
| 35. ¿Algún niño de la familia ha experimentado abuso o trauma en los últimos 180 días? | Sí | No |
| 36. ¿Sus hijos asisten a la escuela más días de los que no cada semana? (Si hay niños de edad escolar) | Sí | No |
| 37. ¿Los miembros de su familia han cambiado en los últimos 180 días, por razones como divorcio, que sus hijos volvieran a vivir con usted, alguien que se haya ido al servicio militar o por su encarcelamiento, la mudanza de un familiar, o situación similar? | Sí | No |
| 38. ¿Prevé que algún otro adulto o niño empiece a vivir con usted en los próximos 180 días? | Sí | No |

Sistema de evaluación coordinado de Albuquerque

Encuesta para Familias

Iniciales: _____

| Preguntas | Respuesta | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|
| 39. ¿Tienen dos o más actividades planificadas por semana como familia, por ejemplo, salidas a la plaza, ir a la biblioteca, visitar a otros familiares, ver una película familiar, o algo similar? | Sí | No |
| 40. Después de la escuela, o en fines de semana o días en los que no hay escuela, ¿el tiempo total que los niños pasan cada día sin interactuar con usted u otro adulto responsable es de... | | |
| a) 3 horas o más por día para niños de 13 años o más? | Sí | No |
| b) 2 horas o más por día para niños de 12 años o menos? | Sí | No |
| 41. ¿Sus hijos más grandes pasan 2 horas o más de un día típico ayudando a sus hermanos más pequeños con cosas como prepararse para la escuela, ayudar con la tarea, hacerles la cena, bañarlos, o similar? (Si hay niños de 12 o menos y de 13 y más) | Sí | No |

| Información de cabeza de hogar | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| ¿Qué tipo de seguro médico tiene? | Sí | No |
| ¿Tiene o le ha dicho un medico, un terapeuta o un psiquiatra que padece una discapacidad? | Sí | No |
| ¿Es esta la primera vez que ha vivido sin hogar? | Sí | No |
| ¿Dónde durmió anoche? ¿Cuánto tiempo ha estado durmiendo allí? Años _____ Meses _____ | | |
| ¿Aproximadamente cuánto tiempo ha estado en la calle y/o en refugios esta vez? Años _____ Meses _____ | | |
| En los últimos tres años, diría que ha estado en la calle y/o en refugios... <input type="checkbox"/> Más o <input type="checkbox"/> menos de 12 meses. | | |
| ¿Cuál es su ingreso mensual regular? \$ | ¿Tiene algún beneficio que no sea en efectivo, como cupones de alimentos? | Sí No |
| ¿Alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? | Sí | No |
| ¿Alguna vez ha sido víctima de violencia doméstica? | Sí | No |
| Cuánto tiempo has vivido en Albuquerque? <input type="checkbox"/> Toda la vida o _____ Años o _____ Meses | | |
| ¿Cuál fue la última ciudad y estado en el que residió antes de venir aquí? | | |
| ¿Cuál es la mejor manera de contactarlo? Esto puede incluir dónde come con regularidad, lugares que frecuenta durante la semana, dónde revisa su correo, adónde va para recibir servicios, dónde duerme por la noche, parientes o amigos con los que puede registrarse regularmente, un administrador de casos, un servicio de extensión trabajador, un correo electrónico, un número de teléfono. (Recuerde actualizar esta información a medida que cambie) | | |

| Información Demográfica | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> A género que no sea singularmente masculino o fememino <input type="checkbox"/> Estoy cuestionando mi identidad de género <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó | | |
| ¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajon <input type="checkbox"/> Se negó | |
| Afiliación tribal: | | |
| ¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a)(x) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)(x) | | |
| Información Demográfica de cónyuge | | |
| ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> A género que no sea singularmente masculino o fememino <input type="checkbox"/> Estoy cuestionando mi identidad de género <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó | | |
| ¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que correspondan) | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Anglosajon <input type="checkbox"/> Se negó | |
| Afiliación tribal: | | |
| ¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/No Latino(a)(x) <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)(x) | | |
| ¿Tiene o le ha dicho un medico, un terapeuta o un psiquiatra que padece una discapacidad? | | Sí No |
| ¿Alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? | | Sí No |
| ¿Alguna vez ha sido víctima de violencia doméstica? | | Sí No |