

Encuesta 2017 sobre vivienda y cómputo de jóvenes sin hogar en Massachusetts

Esta encuesta está a cargo de la Comisión Especial de Massachusetts para Jóvenes Solos y sin Hogar y del programa local Continuum of Care y tiene la finalidad de ayudar a que los proveedores estatales y locales comprendan mejor las necesidades de vivienda y servicios de los jóvenes y adultos jóvenes de Massachusetts menores de 25 años. Durante los últimos dos años, los resultados de encuestas similares han contribuido a que la Legislatura invirtiera un total de \$3 millones en viviendas y servicios para los jóvenes que experimentaron inestabilidad en materia de vivienda. Sus respuestas serán confidenciales. La encuesta se compone de 30 preguntas. **Responda todas las preguntas que se sienta cómodo para responder.** ¡Agradecemos enormemente su participación!

1. ¿Ha contestado esta encuesta en las últimas dos semanas? Sí No
2. ¿Cuáles son sus iniciales (la primera letra de cada uno de sus nombres)? _____ / _____ / _____
(primer nombre/segundo nombre/apellido)
- 3a. ¿Qué edad tiene? _____ años
- 3b. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____ (mes/día/año)
- 4a. ¿Cuál es su idioma primario? _____
- 4b. Si no es inglés, ¿esta encuesta está en su idioma primario?
 - Sí, alguien me está leyendo las preguntas en mi idioma primario
 - Sí, esta versión electrónica o en papel se ha traducido a mi idioma primario
 - No, estoy contestando la encuesta en un idioma que no es mi idioma primario

Las siguientes preguntas nos permiten comprender mejor su situación de vivienda.

5. ¿Dónde durmió anoche?
[MARQUE UNA OPCIÓN; LA QUE SE ADAPTE MEJOR A SU RESPUESTA]

<input type="checkbox"/> Refugio (de emergencia, temporal)	<input type="checkbox"/> Automóvil u otro vehículo
<input type="checkbox"/> Alojamiento de transición	<input type="checkbox"/> Edificio abandonado/unidad vacía/asentamiento ilegal
<input type="checkbox"/> Hotel o motel	<input type="checkbox"/> Tren/autobús o estación de trenes/autobuses
<input type="checkbox"/> Departamento o vivienda propia	<input type="checkbox"/> Restaurante o lavandería abiertos las 24 horas u c
<input type="checkbox"/> Hogar de un padre o tutor	<input type="checkbox"/> tienda/establecimiento minorista
<input type="checkbox"/> Hogar de otro familiar	<input type="checkbox"/> Afuera (calle, parque, viaducto)
<input type="checkbox"/> Hogar de una familia sustituta	<input type="checkbox"/> Hospital o sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Hogar de un amigo o la familia de un amigo	<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial
<input type="checkbox"/> Hogar de un novio/una novia/una pareja	<input type="checkbox"/> Centro de detención juvenil o cárcel
	<input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____)
6. ¿Por cuánto tiempo se ha quedado/ha vivido en el lugar donde durmió anoche?
 Menos de 6 meses De 6 a 12 meses Más de 12 meses
7. ¿Tiene un lugar seguro y estable donde puede quedarse durante los próximos 14 días como mínimo?
 Sí No No está seguro/a
8. ¿Se encuentra sin vivienda actualmente?
 Sí No, pero me he encontrado en esa situación en el pasado
 No, nunca me encontré en esa situación No está seguro/a Comentario: _____

Las siguientes preguntas nos permiten saber si usted está “solo”; es decir, si vive con un padre o tutor, y cuáles son sus antecedentes como persona sin hogar.

9. ¿Alguna vez se fue de su casa y estuvo por su cuenta?

- Sí, me fui cuando tenía ___ años y no he regresado a casa
- Me fui cuando tenía ___ años, pero después regresé a casa
- Aún estoy con mi padre/tutor/padre sustituto y aún no me he ido de casa

10. Si **no** vive con su padre/tutor/padre sustituto, ¿cuáles son los motivos?

[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peleaba con mi padre/tutor/padre sustituto | <input type="checkbox"/> Me fui de mi hogar sustituto |
| <input type="checkbox"/> Mi padre/tutor/padre sustituto consumía drogas o alcohol en exceso | <input type="checkbox"/> Me liberaron de una cárcel o un centro de detención |
| <input type="checkbox"/> Mi padre/tutor/padre sustituto falleció | <input type="checkbox"/> Estaba/estoy embarazada o dejé embarazada a una mujer |
| <input type="checkbox"/> Mi casa era demasiado pequeña para todas las personas que vivían allí | <input type="checkbox"/> Mi orientación sexual o identidad de género |
| <input type="checkbox"/> Sufrí abuso o negligencia (físico, emocional o sexual) | <input type="checkbox"/> Mi consumo de drogas o alcohol |
| <input type="checkbox"/> No me sentía seguro/a porque se llevaban a cabo actividades violentas o no seguras en mi casa | <input type="checkbox"/> Me dijeron que me fuera |
| <input type="checkbox"/> Mi familia perdió nuestra casa | <input type="checkbox"/> Quise irme |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Las siguientes preguntas nos permiten comprender mejor las cuestiones demográficas (lugar de nacimiento, edad, educación, ingresos, etc.) y sus experiencias a la hora de tratar de acceder a los recursos necesarios.

11. ¿Dónde nació?

- En esta ciudad/pueblo
- En otro lugar de Massachusetts
- Fuera de Massachusetts, pero en los EE. UU.
- Fuera de los EE. UU.
- No lo sé

12. ¿En qué ciudad/pueblo se encuentra ahora, mientras responde esta encuesta? _____

13. ¿Ha estado pasando las noches en la ciudad/el pueblo donde está respondiendo esta encuesta?

- Sí
- No, me estoy quedando en _____ (ciudad/pueblo)

14. ¿Tiene un título de escuela secundaria, HiSET o desarrollo educativo general (GED, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- No

15. ¿Asiste a la escuela o cursa otro programa educativo actualmente?

- Sí
- No

16. ¿Tiene un empleo por el que le otorgan un talón o un cheque de pago actualmente?

- Sí
- No

17. ¿Alguna vez prestó servicio en el Ejército de los EE. UU., la Marina, la Infantería de Marina, la Fuerza Aérea o la Guardia Costera?

- Sí
- No

(Siga; ¡todavía quedan dos páginas!)

18. ¿Alguna vez estuvo en un hogar sustituto?

- Sí No No está seguro/a

19. ¿Alguna vez vivió en un hogar comunitario estructurado o un hogar de un programa residencial?

- Sí No

20. ¿Alguna vez estuvo en un centro de detención, una prisión o una cárcel juveniles?

- Sí No

21a. ¿Está embarazada o tiene un hijo?

- Sí No No está seguro/a

21b. Si tiene un hijo, ¿tiene la custodia? Es decir, ¿tiene a su/s hijo/s a cargo de forma diaria?

- Sí No No corresponde

22. ¿Cuáles son sus fuentes de ingreso? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo de tiempo completo | <input type="checkbox"/> Trabajo sexual/prostitución |
| <input type="checkbox"/> Empleo temporal o de tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Limosna/pedido de dinero |
| <input type="checkbox"/> Dinero de un trabajo en negro | <input type="checkbox"/> Manutención de hijos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de efectivo proveniente del Departamento de Asistencia Transitoria (DTA, por sus siglas en inglés)/la asistencia pública o el Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Dinero proveniente de familiares o amigos |
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social/por discapacidad | <input type="checkbox"/> No tiene |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Actividades ilegales/venta de drogas | |

23. ¿Alguna vez intercambió sexo (incluidas las relaciones sexuales, el sexo oral o cualquier tipo de relación sexual) por comida, un lugar donde quedarse, dinero u otra necesidad? Sí No

24. En el último año, ¿ha intentado obtener la ayuda de alguno de los siguientes servicios/programas?

[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Refugio o alojamiento de transición o corto plazo | <input type="checkbox"/> Asistencia nutricional (como cupones para alimentos/Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria [SNAP, por sus siglas en inglés] o comidas gratuitas) |
| <input type="checkbox"/> Alojamiento de largo plazo (como los de la Sección 8 o las viviendas públicas) | <input type="checkbox"/> Asistencia de efectivo (como beneficios del DTA/la asistencia pública o beneficios por discapacidad del Seguro Social) |
| <input type="checkbox"/> Apoyo educativo (inscripción en una escuela o un programa de GED/HiSET) | <input type="checkbox"/> Asesoramiento psicológico por violencia doméstica/agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> Capacitación laboral, capacitación sobre habilidades para la vida o asignación profesional | <input type="checkbox"/> Asesoramiento psicológico u otros servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Servicios de atención de la salud | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento por consumo de sustancias/alcohol |
| <input type="checkbox"/> Apoyo familiar (como mediación de conflictos o apoyo para la crianza de los hijos) | <input type="checkbox"/> No, no he tratado de solicitar ayuda |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

25. ¿Obtuvo la ayuda que necesitaba?

- Sí, obtuve toda la ayuda que necesitaba Obtuve parte de la ayuda que necesitaba No, no obtuve la ayuda que necesitaba

(¡Queda una página!)

26. Si no obtuvo toda la ayuda que necesitaba, ¿a qué se debió? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> No sabía adónde ir |
| <input type="checkbox"/> Me enviaron a otro lugar | <input type="checkbox"/> No reunía los requisitos para obtener ayuda |
| <input type="checkbox"/> Barrera idiomática | <input type="checkbox"/> No me sentí cómodo/a o seguro/a |
| <input type="checkbox"/> Me pusieron en una lista de espera | <input type="checkbox"/> No seguí todos los pasos o no regresé para recibir los servicios |
| <input type="checkbox"/> Papeleo | <input type="checkbox"/> No pedí ayuda |
| <input type="checkbox"/> Identificación/documentos | <input type="checkbox"/> No tenía dinero |
| <input type="checkbox"/> No volvieron a contactarme | <input type="checkbox"/> No tenía acceso periódico a un teléfono o correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> No tenía seguro médico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

27. ¿Cuál es su raza/grupo étnico? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hispano/latino/latina/latinx | <input type="checkbox"/> Otro (especifique: _____) |
| <input type="checkbox"/> Asiático | |

28. ¿Cómo describiría su identidad de género? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Femenina | <input type="checkbox"/> Género no binario/género no conforme |
| <input type="checkbox"/> Masculina | <input type="checkbox"/> Agénero |
| <input type="checkbox"/> Transgénero: de masculina a femenina | <input type="checkbox"/> Dos espíritus |
| <input type="checkbox"/> Transgénero: de femenina a masculina | <input type="checkbox"/> Otra (especifique: _____) |

29. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor lo que piensa acerca de su orientación sexual? **[MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN]**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gay, lesbiana | <input type="checkbox"/> En duda |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Pansexual |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual | <input type="checkbox"/> Asexual |
| <input type="checkbox"/> Queer | <input type="checkbox"/> Otra (especifique: _____) |

30. ¿Tiene algún comentario u opinión que quisiera hacer llegar a la Comisión de Massachusetts para Jóvenes Solos y sin Hogar?

¡Gracias!

Como se indica arriba, **todas sus respuestas serán confidenciales**. Agradecemos enormemente su participación, que representa un aporte clave para que Massachusetts pueda comprender mejor la inestabilidad en la vivienda que sufren los jóvenes y los adultos jóvenes.

Si desea obtener más información sobre esta encuesta y las iniciativas orientadas a ampliar las viviendas y los recursos para jóvenes y adultos jóvenes que sufren inestabilidad en la vivienda, comuníquese con la Comisión Especial de Massachusetts para Jóvenes Solos y sin Hogar: massachusettsyouthcount@gmail.com.

Solo para uso oficial. Fecha de la encuesta: _____ Sitio de la encuesta: _____
Organización a cargo de la realización/embajador de cómputo de jóvenes: _____