

## Monroe County Continuum of Care Encuesta Annual Actual

Por favor, informe a los encuestados lo siguiente: Sus respuestas a las siguientes preguntas de la encuesta nos ayudarán a comprender cómo podemos satisfacer mejor las necesidades de las personas sin hogar en el Condado de Monroe. Esta encuesta es voluntaria. Puede optar por no responder algunas preguntas. También puede dejar de responder en cualquier momento. Gracias por tomar unos momentos para ayudarnos. Nunca compartimos su información personal.

<b>1. Indica tu Nombre (o Iniciales):</b>		
<b>2. ¿Donde te hospedaste anoche?</b>		
<input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia, incluye cupon para motel Nombre del lugar: _____ (pare la encuesta)	<input type="checkbox"/> Vivienda de Transición para Personas sin Hogar Nombre del programa: _____ (pare la encuesta)	<input type="checkbox"/> Vivienda Permanente para personas sin Hogar Nombre del lugar: _____ (pare la encuesta)
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento de abuso de sustancias/ Desintoxicación/ Institución psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Hospital (u otro lugar no psiquiátrico)	<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, centro de detención
<input type="checkbox"/> Lugar no destinado para habitar (automóvil, calle, barco) <input type="checkbox"/> Con un Amigo <input type="checkbox"/> Denegó	<input type="checkbox"/> Bote sin Sistema de Bombeo <input type="checkbox"/> Hotel/motel pagado por mi mismo <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Quedandose con Familia <input type="checkbox"/> No se

<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> /    / <b>o Edad:</b> <input type="checkbox"/> <b>Se negó</b> (Favor de proporcionar tu fecha de nacimiento (DoB) real para evitar duplicados.)	
<b>4. Genero (marca todos los que apliquen):</b>	
<input type="checkbox"/> Mujer (o Niña) <input type="checkbox"/> Hombre (o Niño) <input type="checkbox"/> Identidad Culturalmente Específica (por ejemplo, Dos Espíritus) <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> En Cuestionamiento <input type="checkbox"/> Identidad Diferente <input type="checkbox"/> Se negó/ No sabe	
<b>Raza/Etnicidad (marca todas las que apliquen)</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático o Asiático Americano <input type="checkbox"/> Negro, Afroamericano o Africano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a/e/o <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente o del Norte de África <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó / No sabe	
<b>7. ¿Alguna vez has servido en las fuerzas armadas de EE. UU.?</b>	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Se Negó	
<b>7a Si indicó si, ¿Recibe Beneficios de Servicios Veteranos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Se Negó	
<b>¿Si no, le interesa saber si cumple con los requisitos para recibir beneficios?</b>	
De ser así, llama a Mary McVeigh-Camilo al VA:786-299-1873	

