



## Formulario de autorización verbal de Acceso Coordinado del Condado de Multnomah

- *Evaluador, léale el siguiente guion a la persona participante cuando realice la evaluación de MSST.*
- *Solo use este formulario para el Acceso Coordinado.*
- *Marque la casilla correcta bajo el encabezado de Decisión de la persona participante.*

"Para ayudarle de la mejor forma, ingresaremos su información en una base de datos. La base de datos nos ayuda a administrar nuestros servicios. Protegemos su información usando protecciones razonables. Si nos lo permite, compartiremos su información con la red de proveedores de Acceso Coordinado. Permitir que se consulte su información nos permite atenderle mejor. Tendrá mejor acceso a servicios como la vivienda.

¿Tiene alguna pregunta?

**¿Acepta compartir su información con la red de Acceso Coordinado?"**

— — —  
*(fin del guion)*

*Evaluador, responda cualquier pregunta que la persona participante pueda tener. Para ver una divulgación completa de los derechos de datos de la persona participante, visite <https://johs.us/hmis-links-for-providers>. Luego, consulte el Aviso de privacidad y seguridad. El Aviso de privacidad y seguridad se debe poner a disposición de los participantes, de solicitarse.*

**Fecha:**

---

**Nombre de la persona participante:**

---

**Decisión de la persona participante** *(marque solo una casilla)*

**Sí, comparta** la información de la persona participante con la red de Acceso Coordinado (CA).

**No, no comparta** la información de la persona participante con la red de Acceso Coordinado (CA).

*El intercambio de información ocurre dentro del HMIS durante 7 años.  
Guarde este formulario durante 7 años.*

## Triaje

### Preguntas iniciales

1. De ser posible, ¿preferiría hablar en otro idioma que no sea el inglés?

Sí  No o No tengo preferencia **1a.** Si la respuesta es "sí", ¿en qué idioma?

2. (Únicamente por teléfono): ¿Se encuentra en un lugar en el que considera que puede hablar libre y abiertamente?  Sí  No

3. ¿Tiene alguna necesidad física, médica o de seguridad inmediata que debe abordarse ahora mismo, antes de que hablemos de cualquier otra cosa? *(Las necesidades comunes son atención médica, comida o ropa)*

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

**Si la respuesta es "Sí", proporcione una remisión para satisfacer la necesidad inmediata (consulte a continuación).**

**Si quien participa informa que está en peligro inmediato o en una situación potencialmente mortal o usted observa evidencia de esto, pregúntele si le gustaría que le brindara ayuda para conectarse con el 911, si es seguro hacerlo y si tiene su consentimiento para llamar en su nombre.**

4. ¿Cuál es su nombre completo?

Primer nombre

\_\_\_\_\_

Segundo nombre

\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Sufijo \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son sus pronombres?

Ella/la

Él/lo

Elle/le

Otros (escriba): \_\_\_\_\_

No sé

Prefiero no responder

*El término "violencia doméstica" hace referencia a todo patrón de comportamiento que crea un ambiente poco seguro para usted u otros integrantes de su grupo familiar. Eso incluye (entre otros) el abuso físico, emocional, verbal, psicológico, económico o sexual. También incluye el acoso o el uso de amenazas de daño para ejercer control sobre usted.*

6. Usted o alguien de su grupo familiar, ¿es sobreviviente de violencia doméstica?

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

6a. ¿Cuándo fue la última vez que alguien presentó algún patrón de comportamiento de violencia doméstica hacia usted o hacia alguien de su grupo familiar?

Hace menos de 3 meses

Hace entre 3 y 6 meses

6b. Usted o alguien de su grupo familiar. ¿está huyendo/intentando escapar actualmente de una situación de violencia doméstica?

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

6c. Si estuvieran disponibles, ¿tendría interés en una opción de albergue confidencial o en otros servicios?

*(No se informa en el Sistema de información para la gestión de personas sin vivienda [HMIS, por sus siglas en inglés]; únicamente para la conexión con los servicios).*

Sí  No

**Si la respuesta a la pregunta 6c es "Sí", comparta la siguiente información.**

## Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

- Hace entre 6 y 12 meses
- Hace más de 1 año
- No sé  Prefiero no responder

*En caso de necesitar servicios inmediatos para casos de crisis:*

- Call to Safety: **503.235.5333**
- El Programa Hispano - Proyecto UNICA: **503.232.4448**

*En caso de tener preguntas sobre órdenes judiciales de restricción de acercamiento y necesitar apoyo personalizado con defensores experimentados que le brindarán ayuda para elaborar un plan o le conectarán con otros servicios:*

- Línea directa sobre órdenes judiciales de restricción de acercamiento de Home Free de Volunteer of America Oregon: **503.802.0506**
- The Gateway Center: **503.988.6400**

## Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

### Situación anterior/actual de vivienda

7. ¿Dónde durmió anoche?

**Nota para el evaluador: NO lea en voz alta las opciones de respuesta. Haga una selección en la lista de la derecha en función de la respuesta de quien participa. Proporcione la información adicional que aparece a continuación si no sabe con seguridad qué opción seleccionar.**

---

---

8. ¿Desde cuándo duerme allí?

- Una noche o menos
- Dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos de un mes
- Un mes o más, pero menos de 90 días
- Noventa (90) días o más, pero menos de un año
- Un año o más
- Quien participa no sabe
- Quien participa prefiere no responder

**Si la persona participante está en una situación de vivienda institucional/temporal/permanente:**

9. La noche antes de que comenzara a dormir en el lugar en el que se encuentra ahora, ¿se quedaba en la calle o en un albergue?

- Sí  No  No sé  Prefiero no responder

**Si la persona participante está en una situación de vivienda institucional/temporal/permanente:**

10. ¿Corre actualmente riesgo de perder su vivienda y quedarse literalmente sin hogar en un plazo de 14 días?

- Sí  No  No sé  Prefiero no responder

**NO LEA EN VOZ ALTA ESTAS OPCIONES.**

#### **Situación sin vivienda**

- Situación sin vivienda/sin albergue: al aire libre o en otro lugar no adecuado para la morada de seres humanos (p. ej., calle, automóvil, campamento, autobús/tren/aeropuerto, etc.)
- Albergue de emergencia, incluido un hotel o motel pagado **con** vale para albergue de emergencia

#### **Situación institucional**

- Hogar de crianza temporal u hogar grupal de cuidado temporal
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión o centro de detención juvenil
- Centro de atención a largo plazo u hogar de ancianos
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de tratamiento para el abuso de sustancias o centro de desintoxicación

#### **Situación de vivienda temporal**

- Hotel o motel pagado **sin** vale para albergue de emergencia
- Quedarse o vivir en la habitación, el apartamento o la casa de un amigo
- Quedarse o vivir en la habitación, el apartamento o la casa de un familiar
- Proyecto residencial o casa de transición sin criterios para personas sin vivienda
- Vivienda de transición para personas o jóvenes sin vivienda

#### **Situación de vivienda permanente**

- Propiedad del cliente, **SIN** subsidio de vivienda en curso
- Propiedad del cliente, **CON** subsidio de vivienda en curso
- Unidad rentada por el cliente, **SIN** subsidio de vivienda en curso
- Unidad rentada por el cliente, **CON** subsidio de vivienda en curso

## Multnomah County Coordinated Access: TRIAGE

### Cantidad de integrantes y composición del grupo familiar

**Nota para los evaluadores (no leer a quienes participan):** Estas preguntas son para determinar si un grupo familiar es elegible para recursos del sistemas para adultos, el sistema familiar o ambos. Por favor, asegúrese de que estas respuestas sean lo más precisas posible.

**11. Incluyéndose**, ¿cuántas personas viven actualmente en su vivienda? \_\_\_\_\_

**12.** ¿Cuántos hijos menores de 18 años hay en su grupo familiar? \_\_\_\_\_

**12a.** ¿Cuántos de esos hijos tienen 5 años o menos? \_\_\_\_\_

**13.** ¿Hay algún hijo menor de 18 años que no esté actualmente en su grupo familiar, pero que es probable que se incorpore a su grupo familiar en el futuro?

**Esto incluye cualquier hijo que viviría con usted si usted se mudara a una situación de vivienda diferente.**

Sí  No

No sé  Prefiero no responder

**14.** ¿Hay alguna mujer de su grupo familiar que esté embarazada o que espere un nuevo hijo en los próximos 9 meses?

Sí  No

No sé  Prefiero no responder

**15. Incluido(a) usted**, ¿cuántos adultos de su grupo familiar tienen 55 años o más?

\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea las siguientes instrucciones para determinar si debe proceder con la evaluación.**

**Todos los grupos familiares:** si el grupo familiar está en una situación de falta de hogar, **PROCEDA.**

**Todos los grupos familiares:** si el grupo familiar contestó "Sí" a 6b (huyendo/intentando escapar actualmente de una situación de violencia doméstica), **PROCEDA.**

**Para personas adultas solteras y hogares conformados por personas adultas solamente:** si el grupo familiar está en una situación de vivienda institucional/temporal/permanente, debe responder "Sí" a la pregunta 9 (se quedó en la calle o en un albergue) **Y** a la pregunta 10 (en riesgo de perder la vivienda y quedarse sin hogar en un plazo de 14 días). De lo contrario, **NO PROCEDA.** Sin embargo, los grupos familiares conformados únicamente por personas adultas que están en programas de realojamiento rápido y que son elegibles para o necesitan vivienda permanente de apoyo **PUEDEN PROCEDER.**

**Para grupos familiares con niños menores de edad:** si el grupo familiar está en situación de vivienda institucional/temporal/permanente **Y** respondió "No" a la pregunta 10 (en riesgo de perder la vivienda y quedarse sin hogar en un plazo de 14 días), **NO PROCEDA.**

**REMÍTASE AL 211 O A OTROS PROVEEDORES SI ACTUALMENTE ESTÁ EN UNA UNIDAD DE ALQUILER (NOMBRE EN EL CONTRATO DE ALQUILER) Y NECESITA ASISTENCIA PARA PAGAR EL ALQUILER.**

## Acceso coordinado a la vivienda: Evaluación de los obstáculos para acceder a una vivienda

### Guion introductorio

Le damos la bienvenida a la evaluación de Acceso coordinado a la vivienda. Esta evaluación está diseñada para conocer la situación actual de vivienda de su grupo familiar, como también los obstáculos relacionados con la vivienda que ha enfrentado su grupo familiar. Sus respuestas no se usarán para impedir que acceda a los servicios. Puede omitir preguntas, pero dejar preguntas sin responder podría afectar nuestra capacidad para identificar los servicios y los recursos con más probabilidades de estar disponibles para su grupo familiar. Por lo general, completar esta evaluación lleva entre 15 y 30 minutos.

Importante: Los recursos de vivienda en el sistema de Acceso coordinado son limitados. Por lo tanto, se pueden recomendar diferentes estrategias, servicios y remisiones como parte de un plan para conseguirle una vivienda estable.

### Antecedentes de vivienda o situación de vivienda previa

**Si actualmente está en situación de falta de hogar:**

16. ¿Cuál es la fecha aproximada en que se quedó sin vivienda más recientemente?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [mm/dd/aaaa]

No sé  Prefiero no responder

**Si actualmente está en situación de falta de hogar:**

17. Independientemente del lugar en el que se quedó anoche, ¿cuántas veces ha estado en la calle, en albergues, en el sofá de alguien o algo así **en los últimos tres años?**

1 vez  2 veces  3 veces  Más de 4 veces  
 Nunca  No sé  Prefiero no responder

**Si actualmente está en situación de falta de hogar:**

18. ¿Cuál es la cantidad total de meses que ha estado en la calle, en albergues, en el sofá de alguien o algo así **en los últimos tres años?**

Total de meses: \_\_\_\_\_

No sé  Prefiero no responder

19. ¿En qué vecindario o parte de la ciudad suele quedarse?

Nombre del vecindario o de la parte de la ciudad:  
 \_\_\_\_\_

No sé  Prefiero no responder

**ÚNICAMENTE grupos familiares SIN niños menores de edad:**

20. Usted o alguno de sus antepasados (como padre o madre, tutor o tutora,

**Sí respondió "Sí" a la pregunta 20:**

20a. ¿Ha solicitado vivienda mediante la Política de preferencia norte/noreste de Portland?

Sí  No

**Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT**

abuelo o abuela), ¿ha vivido alguna vez en el norte o el noreste de Portland?

- Sí                       No  
 No sé                       Prefiero no responder

- No sé                       Prefiero no responder

**Ingresos**

Conocer los ingresos de su grupo familiar y las fuentes de esos ingresos nos permitirá comprender mejor sus necesidades de vivienda y determinar qué servicios podrían ser adecuados para su grupo familiar.

*Nota: Los ingresos incluyen todo dinero en efectivo recibido, incluidos los ingresos generados o los beneficios en efectivo, como el seguro social. No incluyen cupones para alimentos ni otros beneficios que no sean en efectivo.*

**21.** Cuénteme sobre los ingresos de su grupo familiar. ¿Tiene una fuente de ingresos estable/regular?

- Sí                       No  
 No sé                       Prefiero no responder

**21a. (Si respondió "Sí" a la pregunta 21):** ¿Cuánto recibe mensualmente antes de impuestos?

\$ \_\_\_\_\_ x 12 = \$ \_\_\_\_\_

**21b. (Si respondió "No" a la pregunta 21):** Calcule el monto de ingresos que suele recibir semanal, mensual o anualmente:

Semanalmente: \$ \_\_\_\_\_ x 52 = \$ \_\_\_\_\_

Mensualmente: \$ \_\_\_\_\_ x 12 = \$ \_\_\_\_\_

Anualmente: \$ \_\_\_\_\_

**22. PARA EL EVALUADOR ÚNICAMENTE: Consulte la tabla a continuación para determinar la categoría de ingresos.**

- 30 % del ingreso medio para el área (AMI, por sus siglas en inglés) o menos  
 Entre el 31 % y el 50 % del AMI     51 % del AMI o más

<b>Porcentajes del ingreso mediano para el área (AMI) de 2024</b>		
<b>N.º de integrantes del grupo familiar</b>	<b>Ingreso anual 30 % del AMI</b>	<b>Ingreso anual 50 % del AMI</b>
<b>1 persona</b>	\$24,780	\$41,300
<b>2 personas</b>	\$28,320	\$47,200
<b>3 personas</b>	\$31,860	\$53,100
<b>4 personas</b>	\$35,400	\$59,000
<b>5 personas</b>	\$38,250	\$63,750
<b>6 personas</b>	\$41,070	\$68,450
<b>7 personas</b>	\$43,920	\$73,200

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

<b>8 personas</b>	\$46,740	\$77,900
-------------------	----------	----------



## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

### Información demográfica

23. Proporcione su fecha de nacimiento.

(MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

No sé  Prefiero no responder

**SI NO SE PROPORCIONA LA FECHA DE NACIMIENTO COMPLETA:**

24. ¿Cuál es su rango de edad?

Entre 18 y 24  Entre 25 y 44  Entre 45 y 54  
 Entre 55 y 69  Más de 70

25. ¿Cuál es su número de Seguro Social?

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

No sé  Prefiero no responder

26. Usted o alguien de su grupo familiar, ¿se identifica como miembro de la comunidad LGBTQIA2S+?

Sí, yo  Sí, un integrante del grupo familiar  
 No  No sé  Prefiero no responder

27. ¿Cuál de estos géneros describe mejor cómo se identifica? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Mujer (niña)  
 Hombre (niño)  
 Transgénero  
 Indeciso  
 No binario (p. ej., género fluido, agénero)  
 Identidad culturalmente específica (p. ej., dos espíritus)  
 Identidad diferente (escriba)

\_\_\_\_\_  
 No sé  Prefiero no responder

28. ¿Cuál es su raza y origen étnico? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Indígena estadounidense, nativo(a) de Alaska o indígena  
 Asiático o asiático estadounidense  
 Negro(a), afroestadounidense o africano(a)  
 Hispano(a)/latino(a)(e)(x)  
 De Oriente Medio o del norte de África  
 Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico  
 Blanco  
 Datos adicionales sobre la raza y el origen étnico:

\_\_\_\_\_  
 No sé  Prefiero no responder

### Preguntas de evaluación de veteranos

Las siguientes preguntas nos permitirán comprender mejor su elegibilidad para los servicios que trabajan exclusivamente con ex miembros de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos.

29. ¿Ha servido usted un día o más en las Fuerzas Armadas de EE. UU. (Ejército de EE. UU.)? Esto incluye el Ejército, la Armada, el Cuerpo de Marines, los Guardacostas o la Fuerza Espacial).

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

Si la persona participante responde "Sí", pero no proporcionó su número del Seguro Social, explíquelo a la persona veterana que proporcionar su número del Seguro Social **completo** ayudará a determinar su elegibilidad para ciertos programas y financiación.

29a. ¿Alguien más en su grupo familiar ha servido un día o más en las Fuerzas Armadas de EE. UU. (Ejército de EE. UU.)? Esto incluye el Ejército, la Armada, el Cuerpo de Marines, los Guardacostas o la Fuerza Espacial).

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

### Preguntas de seguimiento para veteranos (ÚNICAMENTE PREGUNTE SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 29 o 29a ES "SÍ")

**29b.** ¿Alguna vez le convocaron al servicio activo como miembro de la Guardia Nacional o como reservista?

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

**29c.** ¿Recibe algún tipo de beneficio mediante el Departamento de Asuntos de Veteranos?

Sí  No  No sé  Prefiero no responder

### Salud

Compartir información sobre los problemas de salud de su grupo familiar nos permitirá comprender mejor sus necesidades de vivienda.

**30.** ¿Tiene **usted** enfermedades discapacitantes u otros problemas de salud que afectan su capacidad para obtener una vivienda?

(No es necesario tener un diagnóstico. Los ejemplos de enfermedades discapacitantes incluyen discapacidades físicas, afecciones de salud mental, deficiencias visuales o auditivas, lesión cerebral, discapacidades de aprendizaje, trastornos por consumo de sustancias [alcohol/drogas/otras sustancias], VIH y otros problemas de salud de larga duración).

Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

**31.** ¿Tiene **algún otro integrante del grupo familiar** enfermedades discapacitantes u otros problemas de salud que afectan su capacidad para obtener una vivienda? No es necesario contar con un diagnóstico.

(Los ejemplos de enfermedades discapacitantes incluyen discapacidades físicas, afecciones de salud mental, deficiencias visuales o auditivas, lesión cerebral, discapacidades de aprendizaje, trastornos por consumo de sustancias [alcohol/drogas/otras sustancias], VIH y otros problemas de salud de larga duración).

Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

#### **Para grupos familiares con niños menores de edad:**

**32.** En total, ¿cuántos problemas de salud o enfermedades discapacitantes hay en todo el grupo familiar que podrían afectar su capacidad para obtener una vivienda?

(consulte la pregunta anterior para conocer ejemplos)

Uno  Dos  Tres  Cuatro o más  
 Ninguno  No sé  Prefiero no responder

#### **Para grupos familiares SIN niños menores de edad:**

**33.** ¿Alguna vez el impacto de un problema de salud ha hecho que usted o alguien de su grupo familiar perdiera la vivienda?

Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

### Historial de desalojo

Los desalojos anteriores pueden dificultar la búsqueda de vivienda en el futuro. Obtener más información sobre el historial de desalojos de su grupo familiar nos permitirá comprender sus necesidades de vivienda y determinar qué servicios podrían ser adecuados para su grupo familiar.

**34.** En los últimos cinco años, ¿cuántas veces ha sido usted o alguien de su grupo familiar

### Accesibilidad a la documentación

Puede ser difícil acceder a una vivienda y mantenerla cuando tiene dificultades para acceder a ciertos documentos importantes. Conocer si su grupo familiar tiene dificultades para obtener ciertos documentos nos permite comprender sus necesidades de vivienda.

**35.** Usted o alguien en su grupo familiar, ¿tendría dificultades para acceder a alguno

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

desalojado formalmente? (P. ej., tuvo un aviso del alguacil o de la policía pegado con cinta adhesiva en la puerta principal, cualquier cosa que pudiera aparecer en un informe crediticio, en expedientes judiciales o en bases de datos de verificación de antecedentes de inquilinos). **Si más de un adulto fue desalojado en los últimos cinco años, informe la cantidad de desalojos que recibió el adulto del grupo familiar con mayor cantidad de desalojos.**

- Ningún desalojo de unidad rentada
- Un desalojo de unidad rentada
- Dos o más desalojos de unidades rentadas
- No sé       Prefiero no responder

de los siguientes documentos? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Certificado de nacimiento
- Identificación emitida por el estado (adultos únicamente)
- Tarjeta de Seguro Social
- Verificación de discapacidad
- Verificación de ingresos
- Otros documentos necesarios para acceder a una vivienda (especifique aquí si quien participa menciona algo más):

- 
- No sé       Prefiero no responder

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

### Desafíos legales

Los problemas con el sistema legal pueden generar a menudo inestabilidad en la vivienda. Conocer los problemas legales que enfrenta su grupo familiar permitirá comprender sus necesidades de vivienda.

**36.** Usted o alguien de su grupo familiar, ¿alguna vez ha sido arrestado o ha pasado un tiempo en la cárcel o en prisión?

- Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

**37. (Si la respuesta a la pregunta 36 es "Sí")** ¿Haber sido arrestado o haber pasado un tiempo en la cárcel ha provocado alguna vez que usted o alguien de su grupo familiar perdiera la vivienda?

- Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

### Servicios culturalmente específicos

**38.** Si estuvieran disponibles, ¿le gustaría que le consideren para los servicios culturalmente específicos?

Los servicios culturalmente específicos son los servicios prestados por y para personas que hablan su idioma, comparten su cultura o comparten sus experiencias. NOTA: ESTO NO HACE QUE QUIENES PARTICIPAN NO SEAN ELEGIBLES PARA OTROS SERVICIOS DE VIVIENDA.

- Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

**39.** Si estuvieran disponibles, ¿tendría interés en los servicios culturalmente específicos para alguno de los siguientes grupos? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Afroestadounidenses  
 Indígena estadounidense, de Alaska o indígena  
 Hispanos/latinos  
 Inmigrantes y refugiados  
 LGBTQIA2S+

### Apoyo social

**40.** ¿Considera que hay alguien con quien puede contar para que le brinde ayuda cuando la necesite? (P. ej., familia, amigos, otras comunidades de apoyo que brindan apoyo emocional, que suelen brindar asistencia económica o un lugar para quedarse).

- Sí  No  
 No sé  Prefiero no responder

### Información de contacto

¿Cómo podemos comunicarnos con usted para hacer un seguimiento en el futuro?

#### Información del/de la participantes:

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

¿Es seguro dejar un mensaje telefónico?

- Sí  No

¿Podemos enviar mensajes de texto?

- Sí  No

Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

	Ubicación física: _____ _____ Otro: _____ <b>Persona de contacto secundaria (opcional):</b> Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
--	---

Gracias por tomarse el tiempo para completar conmigo la nueva evaluación de Acceso coordinado. ¿Le gustaría responder una encuesta de opinión de 3 preguntas sobre su experiencia con esta evaluación? Le debería llevar no más de 2 minutos en completar, y sus respuestas no afectarán el resultado de su evaluación

<b>Encuesta de opinión para participantes</b>					
<i>Comparta en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados sobre su experiencia con esta evaluación.</i>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
<b>1.</b> Entendí lo que se me preguntaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Entendí por qué se hacían las preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Me sentí a gusto al responder estas preguntas con sinceridad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Información y observaciones del evaluador</b>
Fecha de la evaluación: _____
Nombre del evaluador: _____
Organización del evaluador: _____
Teléfono del evaluador: _____

## Multnomah County Coordinated Access: HOUSING BARRIERS ASSESSMENT

Correo electrónico del evaluador: \_\_\_\_\_

**Basándose en sus interacciones y observaciones, ¿tiene algún motivo para creer que la información de esta evaluación es incompleta, es errónea o no se obtuvo correctamente?**

Sí  No

Si contestó "Sí", explique:

---

---

---

# CUESTIONARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE VIVIENDA

Fecha de la conversación: \_\_\_\_\_

Nota: Por favor, ingrese las respuestas a estas preguntas en la evaluación "Resolución de problemas y eventos de referencia" en HMIS Use la subevaluación "Evento de entrada coordinada" para responder las preguntas 1 y 2. Use la subevaluación "Resolución de problemas de vivienda" para ingresar las preguntas 3 a 5.

## Evento de entrada coordinada

1. ¿Tuvo una conversación sobre resolución de problemas de vivienda con el participante?

Sí  No

2. ¿Se dio alojamiento a la persona participante o se la reubicó en un lugar alternativo seguro **como resultado de la conversación de resolución de problemas de vivienda**?

Sí  No

## Resolución de problemas de vivienda

3. ¿Cuál fue el desenlace de la conversación sobre resolución de problemas de vivienda?

- Crisis de vivienda resuelta de forma temporal o permanente **sin** asistencia financiera
- Crisis de vivienda resuelta de forma temporal o permanente **con** asistencia financiera
- La crisis de vivienda **NO** fue resuelta (la situación de vivienda actual de la persona participante sigue siendo insegura o inestable)

4. Si la crisis de vivienda de quien participa se pudiera resolver con asistencia financiera, ¿cuánto se necesitaría? *Si no se necesitara asistencia financiera por resolver el problema de vivienda en este momento, ingrese \$0.*

Cantidad en dólares de asistencia financiera solicitada: \$ \_\_\_\_\_

5. Notas:

---

---

---