

# ENCUESTA 2025 NEW JERSEY CUENTA

*Al realizar la encuesta de PIT, recuerde que está solicitando información confidencial. Sea transparente. Deje que los encuestados sepan lo que están haciendo y por qué. Explique que es completamente confidencial. Ten empatía y sé amable.*

LAS PREGUNTAS INDICADAS EN GRIS SE CONSIDERAN OBLIGATORIAS Y DEBEN SER COLECTADAS

¿Participo usted en la encuesta del 2025 NJ Cuenta? (CIRCULE UNO)

SI	NO
----	----

**(1) ¿Le gustaría a usted o algún miembro de su familia recibir alguno de los siguientes servicios? (Marque TODOS los que aplican)**

<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia	<input type="checkbox"/>	Vivienda
<input type="checkbox"/>	Servicio de Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/>	Cuidado de Salud Mental
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Mudanzas	<input type="checkbox"/>	Atención médica general
<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Vivienda	<input type="checkbox"/>	Asistencia Financiera para Servicios Públicos
<input type="checkbox"/>	Servicios para la Violencia Domestica	<input type="checkbox"/>	Alimentos de Emergencia Asistencia Alimenticia
<input type="checkbox"/>	Asistencia para obtener Documentos de Identificación	<input type="checkbox"/>	Servicios Legales
<input type="checkbox"/>	Asistencia de Empleo	<input type="checkbox"/>	Entrenamiento Educacional
<input type="checkbox"/>	Reunificación Familiar	<input type="checkbox"/>	Servicios para Veteranos
<input type="checkbox"/>	Otro:		

**(2) ¿Qué problemas ha encontrado al intentar acceder a los servicios? (Marque TODOS los que aplican)**

<input type="checkbox"/>	Sin identificación / documentos
<input type="checkbox"/>	Colocado en la lista de espera
<input type="checkbox"/>	Falta de transporte
<input type="checkbox"/>	Barreras lingüísticas
<input type="checkbox"/>	No calificó para servicios específicos
<input type="checkbox"/>	Dada de alta prematuramente del programa / servicios
<input type="checkbox"/>	Problemas para mudarse o relocando entre condados
<input type="checkbox"/>	Servicios limitados debido a la edad
<input type="checkbox"/>	Sin dirección postal física
<input type="checkbox"/>	Problemas con la limpieza en el programa (moho, cucarachas, chinches, etc.)
<input type="checkbox"/>	Problemas con la agencia de bienestar del condado
<input type="checkbox"/>	Otro:

**(3) ¿Dónde paso usted la noche del martes, 28 de enero? (Marque solo UNO)**

<b>DESAMPARADO</b>	
<input type="checkbox"/>	En la calle
<input type="checkbox"/>	En un edificio abandonado
<input type="checkbox"/>	En un carro
<input type="checkbox"/>	Acampando/Campamento
<input type="checkbox"/>	Refugio de Emergencia
<input type="checkbox"/>	Centro de Calentamiento Código Azul
<input type="checkbox"/>	Violencia Domestica
<input type="checkbox"/>	Vivienda Transitoria
<input type="checkbox"/>	Hotel/Motel pagado por Agencia
<input type="checkbox"/>	Refugio seguro
<b>VIVIENDA PERMANENTE / EN RIESGO</b>	
<input type="checkbox"/>	Hotel / Motel Pagado por Usted
<input type="checkbox"/>	Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporal por la oficina de Servicio Social (Board of Social Services)
<input type="checkbox"/>	Vivienda Permanente
<input type="checkbox"/>	Temporalmente con Amigos o Familia
<input type="checkbox"/>	Vivienda para Jornaleros
<b>INSTITUCIONES</b>	
<input type="checkbox"/>	Hospital Psiquiátrico
<input type="checkbox"/>	Cárcel, Prisión, o Centro de Detención Juvenil
<input type="checkbox"/>	Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Envejecientes / Rehabilitación
<input type="checkbox"/>	Casa de Adopción / Casa en Grupo de Adopción
<input type="checkbox"/>	Hospital Medico
<input type="checkbox"/>	Centro de Rehabilitación por abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	Otro:

**(4) ¿En qué ciudad pasó usted la noche?**

Estado	
Condado	
Ciudad	
Nombre del Programa	
Nombre de la Agencia	

**(5) ¿Por cuánto tiempo ha estado en su actual situación de vivienda?**

	Años		Meses		Días
--	------	--	-------	--	------

**(6) ¿Durante los ultimos 12 meses, por cuantos meses ha estado usted?**

En la Calle	
Refugio de Emergencia	
Albergue	

**(7) ¿Cuántas veces separadas ha estado en la calle, en un refugio de emergencia, o en un albergue durante los últimos 3 años (28/1/25)?**

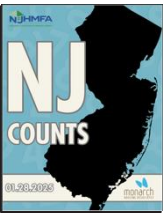
Escriba el número de meses de cada episodio sin hogar			
Episodio 1		Episodio 6	
Episodio 2		Episodio 7	
Episodio 3		Episodio 8	
Episodio 4		Episodio 9	
Episodio 5		Episodio 10	

**(8) ¿Dónde fue su última dirección permanente antes de quedar sin hogar?**

País	
Estado	
Condado	
Ciudad	

**(9) ¿Necesita ayuda para obtener una Tarjeta de Residente Permanente / solicitar asilo?**

SI	NO
----	----



# ENCUESTA 2025 NEW JERSEY CUENTA

## RELATIONSHIP TO HEAD OF HOUSEHOLD

PLEASE LIST EVERY MEMBER OF HOUSEHOLD BY THEIR RELATIONSHIP TO THE RESPONDENT USING ONE OF THE FOLLOWING ANSWERS.

- SELF
- CHILD
- SIBLING
- FRIEND
- PARENT
- SPOUSE
- RELATIVE
- UNKNOWN

## GENDER

PLEASE LIST THE PREFERRED IDENTIFICATION BELOW.

- M - MALE
- F - FEMALE
- T - TRANSGENDER
- NB - NON-BINARY
- Q - QUESTIONING
- O - OTHER

## RACE / ETHNICITY

PLEASE WRITE IN ALL OPTIONS THAT THE RESPONDENT IDENTIFIES HIMSELF/HERSELF OR ANY HOUSEHOLD MEMBER AS

- AI - AMERICAN INDIAN / ALASKA NATIVE / INDIGENOUS
- B - BLACK / AFRICAN-AMERICAN / AFRICAN
- PI - PACIFIC ISLANDER / NATIVE HAWAIIAN
- AS - ASIAN / ASIAN AMERICAN
- H - HISPANIC/LATINO
- WH - WHITE

## INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

### (10) ¿Quién estuvo con usted sin hogar la noche del 28 de enero?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA								CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA (MARQUE TODAS LA QUE APLICAN A CADA PERSONA)							
								Condición de Incapacidad				Sub-población		No Aplica Ninguno	
RELACIÓN CON EL JEFE DE LA FAMILIA	Nombre (primer Initial)	Inicial del Segundo Nombre	Apellido (las 2 primeras letras)	Edad	Genero	Raza / Origen Étnico	Problemas de Salud Mental	Abuso de Sustancias	Incapacidad Física	Discapacidad en el Desarrollo	Condición de Salud Crónica	SIDA	Huyendo de la Violencia Doméstica		Sirvió en las Fuerzas Armadas/ Veteranos
1	Usted														
2															
3															
4															
5															
6															
7															

### (11) ¿Cuál de estos servicios recibe usted, o algún miembro de su familia? (Marque TODOS los que aplican)

FUENTES DE INGRESO		BENEFICIOS NO MONETARIO	
Ingreso Suplementario	Pensión de Divorcio	Seguro de Salud (Medicaid)	Asistencia Temporal de Servicios (Cuidado de Niño, Transportación, Otro)
Seguro Social por Incapacidad	Manutención de Niño	Seguro de Salud (Medicare)	
Asistencia Temporal	Pension de Veteranos	Cupones de Alimento	
Asistencia General/ Publica (Welfare)	Incapacidad Temporal del Estado	Seguro de Salud del Estado (Family Care)	Sección 8 / Vivienda Pública / Asistencia de Alquiler
Desempleo	Seguro Social	Seguro de Salud del Estado para Adultos	Otro:
Seguro Privado de Incapacidad	Otro:	Seguro de Salud para Indios	
Ingreso Salarial	Ningun Beneficio	Beneficios para Veteranos	Ningún Beneficio de Gobierno
Compensación de Trabajo		Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	

### (12) ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo su actual situación de Vivienda? (Marque TODOS los que aplican)

Perdida o Reducción de Beneficios	Ejecución de Vivienda de Inquilinos o Dueños
Perdida o Reducción de Salario por Empleo	Enfermedad Mental
Enfermedad Física	Lesion
Incremento de Renta / Insuficiente Salario	Desintegración Familiar / Muerte en el Hogar
Desalojo o en riesgo de Desalojo	Liberado de la Prisión / Cárcel
Deficiente de Vivienda (moho, cucarachas, chinches, etc.)	Tiene que dejar la residencia que comparte
Reubicación	Abuso de Drogas / Alcohol
Violencia Domestica	Desastre Natural
Dado de Alta del Hospital	Impacto del Coronavirus (COVID-19)
Dado de Alta de una Institución Psiquiátrica	Orientación Sexual
Otro:	

### (13) ¿Usted a llenado la aplicación del programa de renta estatal?

SI	NO
----	----