

Condado de Santa Clara VI-SPDAT para familias con niños

Este paquete incluye:

- Instrucciones locales y guion para usar el VI-SPDAT
- VI-SPDAT para familias con niños
- Preguntas adicionales para evaluar la elegibilidad del programa

Instrucciones VI-SPDAT del Condado de Santa Clara

Antes de completar el VI-SPDAT:

1. **Verifique en HMIS para ver si el individuo / familia ya ha completado un VI-SPDAT** buscando en la pestaña Evaluaciones .
2. **Cargar un formulario de consentimiento del cliente firmado en HMIS:** No se puede ingresar información, incluido el VI-SPDAT, en HMIS hasta que se cargue un formulario de consentimiento del cliente firmado (también conocido como Divulgación de información o ROI) en HMIS.

Finalización del VI-SPDAT:

1. **Seleccione la versión adecuada del VI-SPDAT:**
 - a. **VI-SPDAT para adultos solteros:** use esta versión para adultos de 25 años o más sin niños en el hogar.
 - b. **VI-SPDAT para familias:** use esta versión para hogares con al menos un niño menor de 18 años.
 - c. **TAY VI-SPDAT** – Utilice esta versión para jóvenes en edad de transición (de 18 a 24 años) y menores no acompañados.
2. **Presente el VI-SPDAT:** Explique al cliente lo que está haciendo utilizando el script introductorio en la página siguiente .
3. **Complete todas las preguntas:** Complete el VI-SPDAT y las preguntas de seguimiento, incluidas las preguntas adicionales en la última página de este paquete.
 - a. Si bien el autoinforme sigue siendo la forma principal en que se captura la información en el VI-SPDAT, los evaluadores también pueden incorporar otras fuentes limitadas de información para completar la evaluación. El asesor puede recordar a los clientes las respuestas pasadas y puede usar otra información que el cliente consintió en compartir en HMIS u otras fuentes.
 - Cuando use información externa, sea transparente e informe al encuestado sobre la información que planea usar en la evaluación. Los asesores deben dar al cliente la oportunidad de corregir esta información.
 - Si existe una discrepancia entre la respuesta que el cliente da durante la evaluación y la información externa, los evaluadores deben utilizar la respuesta proporcionada por el cliente.
 - Si se utiliza información externa durante el proceso de evaluación, la fuente de esa información debe registrarse en la ficha Notas de HMIS.
4. **Ingrese el VI-SPDAT en HMIS:** Puede encontrar el VI-SPDAT en la pestaña Evaluaciones en la barra de menú en la parte superior de la pantalla en HMIS. Esta es una evaluación universal que no está conectada a ningún programa específico.
 - a. **Si el puntaje de la evaluación es de 4 o más:** Refiera la evaluación a la cola de la comunidad en HMIS.

Después de completar el VI-SPDAT:

1. **Recopilar información de contacto:** Recopile tanta información de contacto como sea posible (teléfono, correo electrónico, proveedor de servicios o administrador de casos con el que trabaja el

individuo / familia, ubicaciones que frecuentan, etc.). Es fundamental que tengamos tanta información de contacto como sea posible en caso de que haya referencias disponibles para el individuo / familia. Pídales que regresen y actualicen su información de contacto si cambia.

2. **Compartir información con el individuo/familia:** NO comparta la puntuación numérica del VI-SPDAT. Si la persona está interesada, puede proporcionar una explicación del tipo de programa de vivienda que parece ser el más adecuado para el individuo / familia.
3. **Si el puntaje cae en la categoría "sin intervención de vivienda":** Explique que la evaluación muestra que tienen las habilidades y la capacidad para volver a la vivienda con asistencia limitada. Refiera al individuo/familia a recursos en la comunidad que lo ayudarán a abordar las barreras, tales como: beneficios públicos, programas de empleo, asistencia de depósito de seguridad, etc.

INFORMACIÓN BÁSICA

PADRE 1:

Primer Nombre: _____ **Apodo:** _____

Apellido: _____

¿En qué idioma Ud. Siente mas capaz de expresarse? _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ **Edad:** _____

Número de Seguro Social : _____ -- _____ No tengo/No sé

Rechazado

¿Consentimiento para participar?

PADRE 2:

Primer Nombre: _____ **Apodo:** _____

Apellido: _____

¿En qué idioma Ud. siente más capaz de expresarse? _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ **Edad:** _____

Número de Seguro Social : _____ -- _____ No tengo/No sé

Rechazado

¿Consentimiento para participar? Sí No

DOMINIOS PUNTUADOS**A. HISTORIA DE LA VIVIENDA Y LA FALTA DE VIVIENDA**

5. ¿Dónde duermen usted y su familia con más frecuencia? (Marque uno)

<input type="checkbox"/>	Refugios	<input type="checkbox"/>	Al aire libre	<input type="checkbox"/>	Otra cosa _____
<input type="checkbox"/>	Vivienda transitoria	<input type="checkbox"/>	Surf en el sofá	<input type="checkbox"/>	El cliente no lo sabe
<input type="checkbox"/>	Refugio seguro	<input type="checkbox"/>	El carro/vehículo	<input type="checkbox"/>	Cliente rechazado

6. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia viven en una vivienda permanente?

Rechazado

7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces usted y su familia han estado sin hogar? _____ Rechazado

B. RIESGOS

8. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted o alguien de su familia ...

a. ¿Recibió atención médica en un departamento / sala de emergencias? _____ Rechazado

b. ¿Ha tomado una ambulancia al hospital? _____ Rechazado

c. ¿Ha estado hospitalizado como paciente interno? _____ Rechazado

d. Utilizó un servicio de crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar / íntima, centros de angustia y líneas directas de prevención del suicidio?

_____ Rechazado

e. ¿Habló con la policía porque fue testigo de un crimen, fue víctima de un crimen, o fue el sospechoso presunto de un crimen, o porque la policía le indicó que se retirara de un lugar?

Rechazado

f. ¿Se quedó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea una estancia a corto plazo como la celda de sobrios (borrachos), una estancia más larga por un delito más grave, o algo intermedio?

Rechazado

9. **¿Usted o alguien de su familia ha sido atacado o golpeado desde que se han quedado sin hogar?**
 Sí NO Rechazado
10. **¿Usted o alguien de su familia ha amenazado o tratado de hacerse daño a sí mismo o a alguien más en el último año?**
 Sí NO Rechazado
11. **¿Usted o alguien en su familia tiene algún asunto legal en este momento que pueda resultar en que sean encarcelados, tengan que pagar multas, o hacer más difícil alquilar un lugar para vivir?**
 Sí NO Rechazado
12. **¿Alguien le obliga o engaña a usted o a algún miembro de su familia para hacer cosas que no desea hacer?**
 Sí NO Rechazado
13. **¿Usted o alguien en su familia alguna vez hace cosas que podrían considerarse arriesgadas, como intercambiar sexo por dinero o un lugar donde quedarse, transportar/vender drogas para alguien, tener relaciones sexuales sin protección con alguien que no conocen, compartir una aguja o algo similar?**
 Sí NO Rechazado

C. **SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DIARIO**

14. **¿Hay alguna persona, antiguo propietario, negocio, corredor de apuestas, o agencia de gobierno como el IRS que piense que usted o alguien en su familia les debe dinero?**
 Sí NO Rechazado
15. **¿Usted o alguien de su familia recibe dinero del gobierno, una pensión, una herencia, debajo de la mesa, un trabajo, o algo por el estilo?**
 Sí NO Rechazado
16. **¿Todos en su familia tienen actividades planificadas, además de simplemente sobrevivir, que les hagan sentir felices y realizados?**
 Sí NO Rechazado
17. **¿Está cada miembro de su familia actualmente en condiciones de atender necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia, y otras cosas similares?**
 Sí NO Rechazado

18. ¿La falta de vivienda actual de su familia es causada de alguna manera por una relación que se rompió, una relación no saludable o abusiva, o porque otros familiares o amigos causaron que su familia fuera desalojada?

SÍ NO Rechazado

D. BIENESTAR

19. ¿ Alguien en el hogar tiene algún problema de salud física que necesitaría asistencia especial para acceder a una vivienda o mantenerla?

SÍ NO Rechazado

20. ¿Cuando alguien en su familia está enfermo o no se siente bien, ¿su familia evita buscar ayuda médica?

SÍ NO Rechazado

21. ¿ El consumo de alcohol o drogas por usted o por algún miembro de su familia ha llevado a que su familia sea expulsada de un apartamento o programa en el que se encontraba en el pasado?

SÍ NO Rechazado

22. ¿ Beber alcohol o usar drogas hará que sea difícil para su familia mantener su hogar o pagar la vivienda?

SÍ NO Rechazado

23. ¿Alguien en su familia tiene problemas de salud mental o problemas cognitivos, incluyendo lesión cerebral, que necesitaría asistencia para acceder o mantener la vivienda?

SÍ NO Rechazado

24. ¿ Hay algún medicamento que un médico dijo que usted o alguien de su familia debería tomar y que, por la razón que sea, no está tomando?

SÍ NO Rechazado

25. ¿Hay medicamento que quitan el dolor (analgésicos) que usted o alguien en su familia no toman como los receto el doctor o donde venden el medicamento?

SÍ NO Rechazado

26. *SÍ O NO:* ¿ La situación de falta de hogar de su familia ha sido causada por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual u otros tipos de abuso, o por algún otro trauma que usted o alguien en su familia haya experimentado?

SÍ NO Rechazado

E. UNIDAD FAMILIAR

27. ¿ Hay algún niño/a que haya sido separado de la familia por un Servicio de Protección de Menores en los últimos 180 días? SÍ NO Rechazado
28. ¿ Tiene algún problema legal familiar que se esté resolviendo en la corte o que necesite resolverse en la corte y que pueda afectar su vivienda o quién puede vivir en su vivienda? SÍ NO Rechazado
29. ¿ En los últimos 180 días, algún niño ha vivido con familiares o amigos debido a su falta de vivienda o situación de vivienda? SÍ NO Rechazado
30. ¿Algún niño de la familia ha experimentado abuso o trauma en los últimos 180 días? SÍ NO Rechazado
31. *SI HAY NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:* ¿ Asisten sus hijos escuela la mayoría de las veces cada semana? SÍ NO N/A o Rechazado
32. ¿Han cambiado los miembros de su familia en los últimos 180 días, debido a cosas como el divorcio, el regreso de sus hijos a vivir con usted, alguien que se va al servicio militar o a la cárcel, un familiar que se muda, o algo por el estilo?
- SÍ NO Rechazado
33. ¿ Anticipa la llegada de otros adultos o niños que vengán a vivir con usted dentro de los primeros 180 días de estar alojado?
- SÍ NO Rechazado
34. ¿ Tienen dos o más actividades planeadas cada semana como familia, como salir al parque, ir a la biblioteca, visitar a otros familiares, ver una película en familia o algo así?
- SÍ NO Rechazado
35. Después de la escuela, o los fines de semana o días en que no hay escuela, es el tiempo total que los niños pasan cada día donde no hay interacción con usted u otro adulto responsable ...
- a. ¿3 o más horas por día para niños de 13 años o más? SÍ NO Rechazado
- b. ¿2 o más horas al día para niños de 12 años o menos? SÍ NO Rechazado
36. *SI HAY NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS Y MAYORES DE 13 AÑOS:* ¿Sus hijos mayores pasan 2 horas o más en un día típico ayudando a sus hermanos menores con cosas como prepararse para la escuela, ayudar con la tarea, hacerles la cena, bañarlos o algo similar?
- SÍ NO Rechazado

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Introduzca toda la información de contacto al final del VI-SPDAT en HMIS. Además, actualice la información de contacto en la pestaña Ubicación en HMIS. ¡LA INFORMACIÓN DE CONTACTO COMPLETA Y ACTUALIZADA ES FUNDAMENTAL PARA ASEGURARSE DE QUE SE PUEDA ENCONTRAR A LAS PERSONAS CUANDO HAYA UNA REFERENCIA DE VIVIENDA DISPONIBLE!

En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarte y a qué hora del día es más fácil hacerlo?

Dónde:Cuándo:

¿Hay un número de teléfono y / o correo electrónico donde alguien pueda ponerse en contacto con usted de manera segura o dejarle un mensaje?

Teléfono:Email:

¿Hay alguien en quien confíe y con quien se comunique regularmente y con quien podamos contactar cuando lo busquemos? (Por favor, incluya el nombre y el número de teléfono si es posible)

Bien, ahora me gustaría tomar tu foto para que sea más fácil encontrarte y confirmar tu identidad en el futuro. ¿Puedo hacerlo? Sí NO Rechazado

Condado de Santa Clara – Preguntas adicionales:

Por favor, complete las siguientes preguntas adicionales. Estas preguntas **no** son parte de la evaluación VI-SPDAT; sin embargo, pueden usarse para identificar programas para los cuales el individuo o el hogar podrían ser elegibles. *Tenga en cuenta que se requerirá documentación para verificar la elegibilidad si una persona u hogar es referido a un programa basado en las respuestas a estas preguntas.*

1. Víctima/Sobreviviente de Violencia Doméstica

Sí No No Sé Rechazado

2. Última ocurrencia de violencia doméstica

Dentro de los últimos 3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1 año o más No sé Rechazado

3. ¿Estás usted huyendo actualmente?

Sí No No Sé Rechazado

4. ¿Es usted un veterano? Sí No No Sé Rechazado

a. En caso afirmativo, ¿en qué época del servicio militar sirvió?

- Post 11^{de} septiembre (11 de septiembre de 2001 – Presente)
- Era del Golfo Pérsico (agosto de 1991 – 10 de septiembre de 2001)
- Era post-Vietnam (mayo de 1975 – julio de 1991)
- Era de Vietnam (agosto de 1964 – abril de 1975)
- Entre las guerras de Corea y Vietnam (febrero de 1955 – julio de 1964)
- Guerra de Corea (junio de 1950 – enero de 1955)
- Entre la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea (agosto de 1947 – mayo de 1950)
- Era de la Segunda Guerra Mundial (septiembre de 1940 – julio de 1947)
- No lo sé
- Negado

b. En caso afirmativo, ¿cuál es su estado de alta?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Honorable | <input type="checkbox"/> General bajo Condiciones Honorables |
| <input type="checkbox"/> Mala conducta bajo | <input type="checkbox"/> condiciones distintas a las honorables (OTH) |
| <input type="checkbox"/> Dishonroso | <input type="checkbox"/> no caracterizado |
| <input type="checkbox"/> No sé rechazado | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Cuántos años en total ha estado sin hogar? _____
6. ¿En qué ciudad vivía antes de quedarse sin hogar? _____
7. Si está empleado, ¿en qué ciudad se encuentra su lugar de trabajo? _____
8. Si usted (o sus hijos) asisten a la escuela, ¿en qué ciudad se encuentra la escuela? _____
9. ¿En qué ciudad pasa la mayor parte de su tiempo? _____
10. ¿Alguna vez ha estado en cuidado de crianza/ niño en acogida o niño en adopción temporal?
- Sí No No Sé Rechazado
11. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel? Sí No No Sé Rechazado
12. ¿Alguna vez ha estado en prisión? Sí No No Sé Rechazado
13. ¿Usted o algún miembro de la familia tiene una discapacidad física permanente que limita la movilidad?
(es decir, silla de ruedas, amputación, incapacidad para subir escaleras?)
- Sí No No Sé Rechazado

14. Si hubiera espacio disponible en un programa que asiste específicamente a personas que viven con VIH o SIDA, ¿sería de interés para usted o para alguien de su familia?

SÍ NO Rechazado

15. ¿ Usted o sus hijos reciben actualmente CalWORKs (TANF)? Sí No No Sé Rechazado

a. Si no, ¿alguna vez usted o sus hijos han recibido CalWORKs (TANF)?

Sí No No Sé Rechazado

16. ¿ Qué tipo de seguro de salud tiene, si es que tiene alguno?

Medicaid

Seguro Privado

Medicare

Sin seguro de Salud

Médico de VA

Otro

Pregunta del acompañante del asesor: [Observe, no pregunte]

Para capturar la salud mental, los deterioros cognitivos y los problemas de uso de sustancias de manera más efectiva cuando las personas no pueden responder a estas preguntas, el proceso VI-SPDAT incluye una función de observación en su puntuación para estas preguntas.

Si un cliente responde Sí a ciertas preguntas relacionadas con la salud mental, los deterioros cognitivos o los problemas de uso de sustancias, se aplicará la puntuación estándar y se omitirán las preguntas complementarias del evaluador agregadas al final de la evaluación. Si un cliente responde que no a las preguntas relacionadas, pero el evaluador observa un comportamiento para indicar que la respuesta debe ser sí, entonces los evaluadores deben responder las preguntas de observación al final e incluir una nota que explique qué llevó al evaluador a creer que la respuesta del cliente no reflejaba la verdadera situación.

1. **¿Ha observado el evaluador algún comportamiento que indique un problema de salud mental o cognitivo?**
(Ejemplos: hablar galimatías, tener alucinaciones visuales o auditivas, exhibir paranoia, problemas graves con la memoria o la comprensión)
 Sí No
2. **Si el evaluador observó algún comportamiento que indique un problema cognitivo o de salud mental, describa cómo cumple con los criterios.**
3. **¿Ha observado el evaluador algún absceso o marcas de seguimiento por el uso de sustancias inyectables?**
 Sí No
4. **Si el evaluador observó algún absceso o marcas de seguimiento del uso de sustancias inyectables, describa cómo cumple con los criterios.**
 Sí No