



CÓDIGO _____ CONDADO _____ AGENCIA _____ PROGRAMA _____

ENCUESTA 2026 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 COLECTADA

¿Participo usted en la encuesta del 2026 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)

	Refugio/Vivienda		Asistencia Para La Obtención De Identificación
	Servicios De Tratamiento Del Abuso De Sustancias		Servicios Legales
	Asistencia Financiera Para Depósitos De Seguridad/Vivienda/Servicios Públicos		Asistencia Laboral/Formación Educativa
	Atención De Salud Mental		Servicios Para Veteranos
	Atención General De Salud		Reunificación Familiar
	Servicios De Violencia Doméstica		Otro:
	Asistencia Alimentaria O De Comidas De Emergencia		

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

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

(3) ¿Dónde paso usted la noche del martes, 27 de enero? (Marque solo UNO)

DESAMPARADO	
	En la calle
	En un edificio abandonado
	En un carro
	Acampando/Campamento
	Refugio de Emergencia
	Centro de Calentamiento Código Azul
	Violencia Domestica
	Vivienda Transitoria
	Hotel/Motel pagado por Agencia
	Refugio seguro
VIVIENDA PERMANENTE / EN RIESGO	
	Hotel / Motel Pagado por Usted
	Apartamento pagado con Asistencia de Renta Temporal por la oficina de Servicio Social (Board of Social Services)
	Vivienda Permanente
	Temporalmente con Amigos o Familia
	Vivienda para Jornaleros
INSTITUCIONES	
	Hospital Psiquiátrico
	Cárcel, Prisión, o Centro de Detención Juvenil
	Centro de Cuidado Prolongado u Hogar para Envejecientes / Rehabilitación
	Casa de Adopción / Casa en Grupo de Adopción
	Hospital Medico
	Centro de Rehabilitación por abuso de Sustancias
	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 (27/1/26)?

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	



ENCUESTA 2026 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
- **PI** - PACIFIC ISLANDER / NATIVE HAWAIIAN
- **B** - BLACK / AFRICAN-AMERICAN / AFRICAN
- **AS** - ASIAN / ASIAN AMERICAN
- **H** - HISPANIC/LATINO
- **WH** - WHITE

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

(9) ¿Quien estuvo con usted sin hogar la noche del 27 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 Domestica		Sirvió en las Fuerzas Armadas/ Veteranos
1	Usted															
2																
3																
4																
5																
6																
7																

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

(11) ¿Cuál fue el primer factor que contribuyo o causo su actual situación de Vivienda? (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 / Assistencia de Alquiler
	Desempleo		Seguro Social		Seguro de Salud del Estado para Adultos		
	Seguro Privado de Incapacidad		Níngun Beneficio		Seguro de Salud para Indios		Ningún Beneficio de Gobierno
	Ingreso Salarial		Otro:		Beneficios para Veteranos		
	Compensación de Trabajo				Programa de Nutrición para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)		Otro:

	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:		