

VII Recuento Nocturno de Personas sin Hogar en MADRID- Jueves 11 de Diciembre
CENTROS

1. Número del Centro _____

2. Nombre del entrevistador/a _____

3. Anotar la hora exacta: _____:_____ horas

4. Sexo (anotar sin preguntar)

Hombre Mujer Desconocido

5. Edad aproximada _____

6. ¿Cuál es su estado civil/situación de convivencia?

Soltero/a En pareja Divorciado/a
 Viudo/a Casado/a Separado/a

7. ¿Cuál es su edad? _____

8. ¿Cuál es su nacionalidad?

Española Otra ¿Cuál?: _____

9. ¿En qué provincia o país nació Ud.? _____

10. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Primaria o inferior
 Secundaria
 Superior ¿Cuál? _____

9. ¿Le han hecho ya esta noche una encuesta similar?

Si
 No

24. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en Madrid? _____

24.1 ¿Está empadronado en Madrid?

Si
 No. ¿Dónde? _____

18. ¿En qué sitio residía antes de llegar a la calle?

En mi casa
 En casa de unos amigos
 En casa de unos familiares
 Habitación, piso compartido
 En una pensión o similar
 En un cuartel
 En la cárcel
 En un albergue u otra Institución
 Otras ¿Cuáles?: _____

24.2 ¿Cuándo fue la primera vez que se vio en esta situación (sin techo, en la calle)?

24.3 Desde entonces ¿cuántas veces ha vivido en la calle? : _____

24.4 A lo largo de su vida, ¿cuánto tiempo diría Ud. que ha estado viviendo en la calle, sin techo? (Anotar numéricamente según sean días, meses y/o años)

Días _____ = _____
Semanas _____ X 7 = _____
Meses _____ X 30 = _____
Años _____ X 365 = _____
TOTAL DIAS = _____

25. Según Ud., ¿Cuáles fueron los principales motivos que le han llevado a dormir en la calle? (Respuesta Múltiple)

Falta de trabajo Falta de "papeles"
 Ruptura afectiva Alcohol
 Falta de dinero Droga
 Voluntariamente (por opción) Enfermedad
 Otra ¿Cuál? _____

26. Habitualmente ¿Con quién pasa la mayor parte del día?

Solo/a
 Con otras personas sin hogar
 Con amigos
 Compañeros de trabajo
 Vecinos
 Familiares
 Con animal/es de compañía
 Otros ¿Con quién? _____

27. ¿Cuál es la ocupación que ha ejercido durante más tiempo? _____

28. Actualmente ¿Hace algún trabajo, del tipo que sea?

Si
¿Cuál? _____
¿Cuántas horas trabaja a la semana por término medio? _____
¿Es un trabajo regular, con contrato, etc.?
 Si No

No
¿Está apuntado en el SEPE (antiguo INEM)?
 Si No
¿Cuánto tiempo lleva desempleado?

¿Cómo busca empleo?

¿Tiene esperanza de encontrar trabajo próximamente? ¿En qué sector?

29. ¿De cuál de las siguientes fuentes obtiene Ud. sus ingresos? (Respuesta Múltiple)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Familiares |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Pidiendo en la calle |
| <input type="checkbox"/> Seg. Social | <input type="checkbox"/> Seguro de paro |
| <input type="checkbox"/> Renta mínima | <input type="checkbox"/> Prostitución |
| <input type="checkbox"/> Pensión de vejez | <input type="checkbox"/> Pensión viudedad |
| <input type="checkbox"/> Ayudas discapacidad | <input type="checkbox"/> Otro tipo de pensión |
| <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál? _____ | |

16. ¿Desde cuándo está alojado en este centro?

17. En la última semana, ¿Ha dormido alguna noche en la calle?

- No
 Si ¿Cuántas? _____

30. ¿Recorre habitualmente a alguno de estos centros o recursos sociales? (Marcar todos los que utilice).

	En el último año	En la última semana	Opinión (0-10)
<input type="checkbox"/> Comedores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Albergues / Centros de Acogida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Roperos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Baños Públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Centros de Día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Centro de Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Taller de inserción laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Pisos Protegidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Centros de Extranjeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

31. ¿Qué ayudas ha pedido sin haber obtenido lo que necesitaba?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alojamiento Temporal | <input type="checkbox"/> Alojamiento Permanente |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Educación/Formación |
| <input type="checkbox"/> Ropa | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Atención Médica | <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Tratamiento Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Ayudas Económicas | <input type="checkbox"/> Tratamiento drogas |
| <input type="checkbox"/> Pago retrasos hipotecas, alquiler | <input type="checkbox"/> Atención Jurídica, tramitación de documentación |
| <input type="checkbox"/> Otras, ¿Cuáles? _____ | |

32. ¿De qué tipo de alojamiento le gustaría disponer?

- Un albergue / Centro de Acogida
 Una pensión
 Un piso compartido con otras personas
 Un piso para mí solo
 Un piso para mi familia
 Ninguno

33. Durante el tiempo que lleva viviendo en la calle, ¿Ha sido víctima de algún tipo de delito (robo, agresión, agresión sexual, etc.)?

- No
 Si ¿Cuál? _____

¿Denunció Ud. el hecho a la policía?

- Si
 No

34. Y ¿a lo largo del tiempo que lleva viviendo en la calle, otras personas que NO estaban su misma situación, que no estaban viviendo en la calle, le han insultado, intimidado, tratado de manera denigrante, agredido o robado o dañado sus pertenencias, por el hecho de ser una persona sin hogar?

- No
 Si

35. ¿Cuándo fue el último contacto con algún miembro de su familia?

- | | |
|--|--------------------|
| | Tipo de parentesco |
| <input type="checkbox"/> En el último mes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | _____ |
| <input type="checkbox"/> Entre 1 y 5 años | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hace 5 años o más | _____ |

36. ¿Padece Ud. algún problema de salud?

- No
 Si ¿Cuál? _____

36.1 ¿Está tomando medicación? Si No

36.2 ¿Tiene tarjeta sanitaria? Si No

36.3 ¿Sabe usted si está en vigor? Si No

36.4 ¿Cuándo y dónde fue la última vez que la utilizó?

_____ - _____
 Fecha (Centro de salud / Hospital)

