



INTRODUCTION / INTRODUCCIÓN

La Organización de Educación Especial Suburbana del Noroeste (NSSEO, por sus siglas en inglés), en asociación con sus distritos miembros, realiza una evaluación anual de necesidades para ayudar a guiar los servicios de educación especial, la comunicación y la colaboración con las familias y la educación de padres y la creación de redes para familias de estudiantes que reciben información especial. Servicios de educación. Sus respuestas se combinan con todas las respuestas de las familias en su distrito de residencia y se proporcionan a la administración de educación especial de su distrito.

* 1. Preferencia Encuesta Sobre el Idioma :

Spanish



INTRODUCCIÓN

2. Nombre del Padre/Madre que completará la encuesta: (opcional)

* 3. ¿Cuántos hijos/hijas de su familia están actualmente recibiendo servicios de educación especial? *Si es más de un hijo, por favor complete una encuesta separada por cada hijo de su familia que recibe servicios de educación especial.*

- 1
- 2
- 3
- 4 o más



DEMOGRAFICO

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo(a) que está recibiendo servicios de educación especial. (Si es más de un hijo, por favor complete una encuesta separada por cada hijo de su familia que recibe servicios de educación especial.)

* 4. ¿En qué GRADO esta su hijo(a) actualmente registrado?

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Pre-K | <input type="radio"/> 7th |
| <input type="radio"/> K | <input type="radio"/> 8th |
| <input type="radio"/> 1st | <input type="radio"/> 9th |
| <input type="radio"/> 2nd | <input type="radio"/> 10th |
| <input type="radio"/> 3rd | <input type="radio"/> 11th |
| <input type="radio"/> 4th | <input type="radio"/> 12th |
| <input type="radio"/> 5th | <input type="radio"/> Transición |
| <input type="radio"/> 6th | |

* 5. ¿A qué ESCUELA su hijo(a) actualmente asiste?

* 6. ¿A qué ESCUELA su hijo / a actualmente asiste?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Community Consolidated School District 21 | <input type="radio"/> River Trails School District 26 | <input type="radio"/> Des Plaines Community Consolidated School District 62 |
| <input type="radio"/> Prospect Heights School District 23 | <input type="radio"/> Mount Prospect School District 57 | <input type="radio"/> Township High School District 211 |
| <input type="radio"/> Arlington Heights School District 25 | <input type="radio"/> Community Consolidated School District 59 | <input type="radio"/> Township High School District 214 |
| <input type="radio"/> Otro (indique el número del distrito) | | |



DEMOGRAFICO

* 10. ¿Cuál es la UBICACIÓN EDUCATIVA actual de su hijo(a)? Escoja una donde refleje que su hijo(a) pasa la mayor parte del día escolar (más del 60% del día escolar).

- En un salón de educación general
- En un salón de educación general con servicios de educación especial (recursos)
- Servicios de educación especial dados en un salón de educación general
- En un salón autónomo de educación especial (en un local de educación general)
- En una escuela de educación especial (ejem. Kirk, Miner, Timber Ridge, incluyendo Programa de Transición)
- Programa de Transición a la Adulthood (de 18 a 21 años de edad)
- En otra (por favor descríbala)



SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Por favor calificar el nivel de acuerdo a cada una de las siguientes declaraciones acerca de los servicios de educación especial que recibe su hijo(a).

*** 11. PROCESO DEL IEP**

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

1. Se me ha dado información y entiendo el proceso del IEP.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

2. El reporte de la evaluación y el IEP de mi hijo(a) están escritos en términos que yo entiendo.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

3. Se me han dado y conozco mis derechos como padre /madre de un niño(a) que recibe servicios de educación especial.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

4. Entiendo discapacidad de mi hijo y de los servicios que se ponen en marcha para ayudar a él / ella.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:



SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Por favor calificar el nivel de acuerdo a cada una de las siguientes afirmaciones acerca de los servicios de educación especial para su hijo.

* 12. PROCESO DEL IEP

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

5. Estoy considerado en igualdad de derechos con los maestros y otros profesionales en la planificación del programa educativo de mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

6. Estoy satisfecho con los servicios de educación especial que se provee a mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

7. Entiendo mis opciones (ejm. reportes escritos, llamadas telefónicas, emails) para comunicarme con los miembros del equipo educativo que no puedan asistir a la junta del IEP de mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:



COMUNICACIÓN Y COLABORACION:

Por favor calificar el nivel de acuerdo a cada una de las siguientes declaraciones acerca de los servicios de educación especial que recibe su hijo(a).

* 13. COMUNICACIÓN Y COLABORACION:

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

8. La escuela de mi hijo(a) ha demostrado efectividad en la comunicación entre la casa y la escuela.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

9. La comunicación entre la escuela y los terapeutas privados apoyan la generalización de destrezas y habilidades.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

10. Tengo la oportunidad de aprender sobre el currículo e instrucción que se ha proporcionado a mi hijo(a) (a través de observaciones, boletines, noches curriculares).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

11. Soy consciente del positivo apoyo disciplinario y estrategias usadas en la escuela de mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:



SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Por favor calificar el nivel de acuerdo a cada una de las siguientes afirmaciones acerca de los servicios de educación especial para su hijo.

*** 14. COMUNICACIÓN Y COLABORACION**

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

12. Tengo conocimiento sobre la asistencia tecnológica y/o el sistema de comunicación aumentativa que mi hijo(a) recibe durante las horas de clase.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

13. Se me ha dado información sobre las necesidades/discapacidades de mi hijo(a) y sugerencias de cómo ayudarlo en la casa.

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

14. Tengo la oportunidad de contactarme con otros padres de niños con discapacidades de la escuela de mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:

15. Tengo la oportunidad de contactarme con todos los padres de la escuela de mi hijo(a).

Apoyo adicional necesario para facilitar una mayor satisfacción o comprensión:



EDUCACION ESPECIAL Y SERVICIOS DE TRANSICION

Por favor calificar el nivel de acuerdo a cada una de las siguientes declaraciones acerca de los servicios de educación especial y de los servicios de transición que recibe su hijo(a).

* 15. SOLAMENTE para los padres de estudiantes de 14.5 años de edad o en TRANSICION del 8avo. al 9no. Grado (click NA si su hijo(a) no reúne los criterios).

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

16. Entiendo los componentes del plan de transición de mi hijo(a) requeridos a los 14½ años de edad saliendo de la escuela intermedia a la secundaria.

Apoyo adicional necesario para un mejor entendimiento de los componentes de transición.

* 16. SOLAMENTE para los padres de estudiantes de secundaria (click NA si su hijo(a) no reúne los criterios):

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

17. Entiendo los componentes del plan de transición de mi hijo(a) (de 18 a 21 años de edad) saliendo de la secundaria a opciones postsecundaria.

Apoyo adicional necesario para un mejor entendimiento de los componentes de transición.

* 17. SOLAMENTE Para los padres de estudiantes de SECUNDARIA y en TRANSICION (Click NA si su hijo(a) no reúne los criterios):

Completamente De En Completamente No
de acuerdo acuerdo desacuerdo en desacuerdo aplica

18. Estoy consciente de la existencia de agencias y recursos comunitarios que pueden estar disponibles para ayudar a mi hijo(a) después de su graduación.

Apoyo adicional necesario para aumentar el conocimiento de los organismos y recursos que la comunidad ofrece.



DESARROLLO PROFESIONAL Y GRUPO DE APOYO DE PADRES

* 18. Por favor identifique las 5 áreas necesitadas en los grupos de apoyo a los padres, entrenamientos y/o información para un mejor entendimiento de los servicios de educación especial de su hijo(a).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estrategias de gestión proactiva del comportamiento | <input type="checkbox"/> Tutoría de los padres |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de comportamientos en una crisis | <input type="checkbox"/> Entender las opciones de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Estrategias de apoyo a las habilidades de funciones ejecutivas (terminar tareas, organización) | <input type="checkbox"/> Comprender e interpretar la información de las evaluaciones |
| <input type="checkbox"/> Instrucción estratégica de lectura | <input type="checkbox"/> Herramientas para el empleo remunerado |
| <input type="checkbox"/> Instrucción estratégica de matemáticas | <input type="checkbox"/> Cómo planificar financieramente para el futuro |
| <input type="checkbox"/> Uso de herramientas tecnológicas | <input type="checkbox"/> Entender el ingreso de seguridad suplementario (SSI) y la tutela |
| <input type="checkbox"/> Uso de dispositivos de comunicación | <input type="checkbox"/> Defensa de los padres |
| <input type="checkbox"/> Plan y proceso de transición | <input type="checkbox"/> Supervisión de los padres de los medios de comunicación social |
| <input type="checkbox"/> Atención de salud y educación sexual | <input type="checkbox"/> Apoyar a mi hijo con Autismo |
| <input type="checkbox"/> Proceso del IEP | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Planificación para las necesidades futuras de mi hijo | |
| <input type="checkbox"/> Otros (Por favor especifique): | |

19. Si su hijo experimenta sentimientos de desamparo, ansiedad, depresión, cambios de humor o de automutilación, seleccione las áreas que le interesarían en la información y / o grupos de apoyo de los padres:

- Desamparo
- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de humor
- Autolesiones
- Otros (especificar)

20. Identifique cuando es el mejor momento para que asista a un grupo de apoyo o capacitación para padres: (Marque todos los que correspondan.)

- Durante el día escolar en la MANANA
- Durante el día escolar en la TARDE
- Noches (entre 5:00-8:00pm)
- Sabados
- Otros (especificar)



CONCLUSION / CONCLUSIÓN

¡Muchas gracias por llenar la encuesta!