**Encuesta para Padres**

**de Servicios de Educación Especial**

Esta encuesta es para padres de estudiantes actualmente (o recientemente) en un programa de educación individualizada (Individualized Education Program – IEP). Su respuestas ayudaran a guiar los esfuerzos para mejorar servicios y resultados para los estudiantes. Su respuesta es voluntaria.

|  |
| --- |
| **CÓMO COMPLETAR LA ENCUESTA** |
| Para completar la encuesta, realice **una** de las siguientes acciones:1. Complete la encuesta en papel a continuación y entréguesela a un miembro del equipo del IEP en un sobre sellado o envíela por correo a la siguiente dirección:

The Center for Technical Assistance for Excellence in Special EducationUtah State University6896 Old Main HillLogan, UT 843221. Vaya a este enlace: <https://survey.alchemer.com/s3/5140252/OKi8>
2. Escanee el código QR:
 |

**COMIENCE LA ENCUESTA EN PAPEL:**

\*1. ¿Cuál es el nombre del condado del distrito escolar de su hijo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*2. ¿Cuál es el nombre del distrito escolar de su hijo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\** *Esta es información critica. Sin él, no podemos usar la información de la encuesta para monitoreo y mejora.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Raramente o nunca** | **Algunas veces** | **La mayoría del tiempo** | **Todo el tiempo** |
| 3. Se me considera un socio en igualdad con los profesores y otros profesionales en la planificación de la educación de mi hijo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Los profesores me animan a participar en la toma de decisiones sobre los servicios de mi hijo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. La escuela se comunica regularmente conmigo respeto al progreso de mi hijo(a) en sus metas del IEP. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Los administradores de la escuela buscan el aporte de los padres. | 1 | 2 | 3 | 4 |

***Pasa la página - más preguntas al dorso.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ninguno o pocos** | **Algunas** | **Más** | **Todas** |
| 7. *Rellene el espacio en blanco:*\_\_\_\_\_\_\_\_ de mis inquietudes y recomendaciones fueron dirigidas en la reunión de IEP de este año. | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** | **No estoy seguro** | **N/A** |
| 8. Se me ofreció asistencia especial y apoyo para que pudiera participar en la reunión del IEP (p.ej. interprete, cita con mutuo acuerdo, etc.). | 2 | 1 | 0 | 4 |
| 9. Se me ha dado información sobre a quien llamar si no estoy satisfecho(a) con los servicios que recibe mi hijo(a). | 2 | 1 | 0 |  |
| 10. La escuela ofrece a los padres varias formas de comunicarse con los profesores y administradores. | 2 | 1 | 0 |  |

11. ¿Cuál es el género de su hijo?

1 Niño 2 Niña

12. ¿Cuál es la raza / etnia de su hijo? *(Encierra en un círculo todo lo que corresponda)*

 1 Indio Americano o Nativo de Alaska 2 Asiático 3 Negro o Africano Americano

4 Hispano o Latino 5 Nativo de Hawái o Islas del Pacifico 6 Blanco o Caucásico

13. ¿Cuál es la discapacidad PRIMARIA de su hijo? *(Circule solo uno)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 Autismo2 Sordo ceguera3 Retraso del Desarrollo4 Trastorno Emocional5 Impedimento Auditivo, Incluyendo Sordera | 6 Discapacidad Intelectual7 Discapacidades Múltiples8 Impedimento Ortopédico9 Otro Impedimento de Salud10 Discapacidad Especifica de Aprendizaje | 11 Trastorno del Habla o Lenguaje12 Lesión Cerebral Traumática13 Impedimento Visual, Incluyendo Ceguera14 No se |

 14. ¿Que edad tiene su hijo(a)? *(Circule solo uno)*

 3-5 años 6-10 años 11-13 años 14-18 años 19 años o mas

**¡Gracias por su tiempo! Su contribución es agradecida.**