

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 Education
Utah State University
6896 Old Main Hill
Logan, UT 84322

2. Vaya a este enlace: <https://survey.alchemer.com/s3/5140252/OKi8>

3. 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.

	Ninguna o pocas	Algunas	La mayoría	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) Autismo (6) Discapacidad Intelectual (11) Trastorno del Habla o Lenguaje
(2) Sordo ceguera (7) Discapacidades Múltiples (12) Lesión Cerebral Traumática
(3) Retraso del Desarrollo (8) Impedimento Ortopédico (13) Impedimento Visual, Incluyendo
(4) Trastorno Emocional (9) Otro Impedimento de Salud Ceguera
(5) Impedimento Auditivo, (10) Discapacidad Especifica de (14) No se
Incluyendo Sordera Aprendizaje

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

(1) 3-5 años (2) 6-10 años (3) 11-13 años (4) 14-18 años (5) 19 años o mas

¡Gracias por su tiempo! Su contribución es agradecida.