



Indiana Department of Education

Dr. Katie Jenner, Secretary of Education

Encuesta a los Padres en Indiana

Departamento de Educación del Estado de Indiana está pidiendo su ayuda con una encuesta importante para aprender más de cómo se sienten las familias acerca de los servicios de educación especial que dan las escuelas. Esta encuesta es fácil de terminar pide que usted clasifique varios temas acerca de su experiencia con los trabajadores de la escuela y de los servicios de educación especial que ha recibido su hijo/a. Todas las respuestas dadas en la encuesta son confidencial y ningún dato de información individual será revelado. No tiene que contestar una pregunta si no gusta y su escuela no podrá identificarle como un respondedor a esta encuesta. Los resultados serán calculados y usados por Departamento de Educación del Estado de Indiana y distritos escolares. ¡Gracias!

1. Fui tratado/a como un colega, con igualdad y miembro CCC por los maestros/as y otros profesionales en desarrollar las siguientes áreas del Programa de Educación Individualizado (IEP) de mi hijo/a:					
a. cantidad de tiempo en el medio ambiente de educación general	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
b. conversaciones de acomodaciones y modificaciones	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
c. participación en las evaluaciones estatales	<input type="radio"/> No Aplica	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo	<input type="radio"/> En Desacuerdo	<input type="radio"/> En Acuerdo	<input type="radio"/> Totalmente de Acuerdo
d. opción de año escolar extendido	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
e. provisión de servicios relacionados	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
2. Mis preocupaciones fueron abordadas.	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
3. Mis recomendaciones fueron consideradas.	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
4. Yo sé cuáles son mis opciones si estoy en desacuerdo con una decisión acerca de la evaluación educativa o IEP de mi hijo/a.	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
5. Había suficiente tiempo para conversar acerca de todos los asuntos relacionados con el desarrollo del IEP de mi hijo/a.	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
6. Yo entiendo la información escrita en el IEP.	<input type="radio"/> Totalmente en Desacuerdo		<input type="radio"/> En Desacuerdo		<input type="radio"/> En Acuerdo
7. Regularmente recibo reportes de progreso en las metas de mi hijo/a como requiere el IEP.				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
8. Los trabajadores de la escuela ofrecieron explicarme el Aviso de Salvaguardias Procesales (reglas que protegen los derechos de los padres con hijos/as discapacitados).				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
9. Estoy satisfecho/a con la comunicación que tengo con los trabajadores de la escuela.				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
10. He sido informado/a de organizaciones que ofrecen información y/o apoyo para padres con hijos/as con discapacidades.				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
11. La escuela me ha ofrecido entrenamiento para padres acerca de asuntos de educación especial.				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
12. La escuela da las mismas oportunidades a estudiantes con o sin discapacidades.				<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

COMENTARIOS:

INFORMACIÓN REQUERIDA:

NOMBRE DE LA CORPORACIÓN DE LA ESCUELA:															
NOMBRE DE LA ESCUELA:															
EL GRADO DE SU HIJO/A:	<input type="radio"/> PK	<input type="radio"/> K	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 11	<input type="radio"/> 12	<input type="radio"/> Adulto
ETNICIDAD/RAZA DE SU HIJO/A:	<input type="radio"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Asiático		<input type="radio"/> Negro/Afro-ameriano		<input type="radio"/> Hispano/Latino		<input type="radio"/> Multirracial			<input type="radio"/> Blanco				
DISCAPACIDAD PRINCIPAL DE SU HIJO/A:	<input type="radio"/> Trastorno de Autismo		<input type="radio"/> Ciego/Baja Visión		<input type="radio"/> Discapacidad Cognitiva/Mental		<input type="radio"/> Retraso en el Desarrollo		<input type="radio"/> Sordo-Ciego			<input type="radio"/> Sordo/Dificultad con Escuchar			
	<input type="radio"/> Discapacidad Emocional	<input type="radio"/> Múltiples Discapacidades	<input type="radio"/> Otra Discapacidad de Salud	<input type="radio"/> Discapacidad Ortopedia (huesos, tendones)	<input type="radio"/> Discapacidad de Aprendizaje Específica	<input type="radio"/> Discapacidad del Habla o de Lenguaje	<input type="radio"/> Herida/Lesión Cerebral Traumática								