

# Encuesta de Transición para los Padres

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad del estudiante: \_\_\_\_\_

## Educación en la Escuela Publica

1. Tipo de discapacidad que le permite a su hijo/a calificar para la educación especial

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo                                  | <input type="checkbox"/> Discapacidad emocional      | <input type="checkbox"/> Discapacidades múltiples                |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro del autismo (TEA) | <input type="checkbox"/> Sordo-ciego                 | <input type="checkbox"/> Discapacidades del habla y del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática               | <input type="checkbox"/> Ciego/deficiencias visuales | <input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico                  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad específica del aprendizaje  | <input type="checkbox"/> Otras deficiencias de salud | <input type="checkbox"/> Otro _____                              |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual                 | <input type="checkbox"/> Sordo/problemas de audición |  |

2. ¿Cree que su hijo recibirá un diploma convencional de la secundaria (*High School*)?  SÍ  NO

3. ¿A qué edad prevé o piensa que su hijo saldrá de la escuela pública?

- |                                  |                                  |                                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 17 años | <input type="checkbox"/> 19 años | <input type="checkbox"/> 21 años | <input type="checkbox"/> 23 años       |
| <input type="checkbox"/> 18 años | <input type="checkbox"/> 20 años | <input type="checkbox"/> 22 años | <input type="checkbox"/> otra: edad __ |

4. ¿En qué área tiene su hijo las mayores necesidades? (*Marque todas las que correspondan. De las que marca, por favor clasifique en orden de importancia las 5 categorías más importantes. Clasificación: 1- más importante a 5- menos importante.*)

Ej:  1 Ejemplo (mas importante, #1)

- \_\_\_ Habilidades académicas necesarias para la educación postsecundaria
- \_\_\_ Habilidades académicas básicas (lectura, escritura, aritmética)
- \_\_\_ Tareas del hogar (limpieza, lavado de ropa, etc.)
- \_\_\_ Seguridad comunitaria
- \_\_\_ Habilidades de comunicación (capacidad de expresarse con otras personas)
- \_\_\_ Educación sobre el abuso de sustancias
- \_\_\_ Habilidades para tomar decisiones/fijar metas/solucionar problemas
- \_\_\_ Amistades y relaciones sociales
- \_\_\_ Planificación y preparación de comidas y limpieza
- \_\_\_ Habilidades de administración del dinero
- \_\_\_ Necesidades de cuidado personal (habilidades para asearse, afeitarse, vestirse, etc.)
- \_\_\_ Conocimiento de discapacidades/autoayuda
- \_\_\_ Habilidades recreacionales/de ocio
- \_\_\_ Conducta sexual segura y educación de salud sexual
- \_\_\_ Habilidades de compra (comparar precios, manejar dinero, etc.)
- \_\_\_ Tecnología de asistencia
- \_\_\_ Habilidades de locomoción (peatón, transporte público y/o privado)
- \_\_\_ Exploración vocacional y de carreras (oportunidades de experimentar y de aprender acerca de diferentes tipos de carreras y/o trabajos)
- \_\_\_ Gestiones sanitarias
- \_\_\_ Usar el inodoro

Otro: \_\_\_\_\_

## Educación/Capacitación/Formación Continua Postsecundaria en el Futuro

5. Futuras metas educativas para mi hijo/a serán:

- Universidad de cuatro años
- Universidad comunitaria de dos años
- Escuela técnica vocacional
- Formación en el empleo
- Educación continuada de adultos/Clases patrocinadas por la comunidad
- Job Corps
- No lo sé
- Otro: \_\_\_\_\_

## Empleo y Formación Profesional

6. Pienso que mi hijo/a trabajará en:

- Empleo competitivo de tiempo completo (encontrar y mantener un empleo por su propia cuenta sin apoyo)
- Empleo competitivo de media jornada
- Empleo apoyado (empleo en la comunidad con salario real con ayuda para encontrar y mantener un trabajo)
- Servicio militar
- Servicios de día para adultos
- Trabajo voluntario
- No lo sé
- No espero que trabaje mi hijo/a
- Otro (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

7. Según su hijo/a, ¿qué tipo de trabajo le interesa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Cree usted que es una meta realista?  SÍ  NO

9. ¿Qué tipo de empleo cree usted que le gustaría a su hijo/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Qué tipo de apoyo o ayuda cree usted que necesitará su hijo/a para encontrar y mantener un trabajo? (Marque todas las que correspondan).

- No necesitará apoyo
- Ayuda para encontrar oportunidades de empleo
- Ayuda con la solicitud y entrevista
- Ayuda solo cuando surgen problemas o situaciones nuevas
- Ayuda de tiempo limitado para aprender el trabajo (formación extra)

- Ayuda de larga duración para aprender el trabajo (formación continua)
- Apoyo continuo para realizar el trabajo (asistente de cuidado personal, etc.)

## Futuras Opciones para una Vida Independiente

11. Cinco años después de dejar la escuela, ¿dónde quiere que viva su hijo/a?
- En el hogar
  - Con familia – pero no con los padres
  - Solo o con compañero(s) en un apartamento (marque con un círculo)
  - En un programa de apoyo de residencia asistida/apartamento - solo o con compañero(s)
  - En una residencia para jóvenes
  - En una casa de acogida
  - En una vivienda subvencionada
  - Otro: \_\_\_\_\_
12. Preocupaciones que usted tiene al pensar si su hijo/a puede vivir independientemente:
- No puede hacer las compras independientemente
  - No puede manejar dinero
  - Preocupaciones relacionadas con la salud
  - Ha sido demasiado dependiente
  - No se cuida bien a sí mismo (comer bien, higiene personal, etc.)
  - Se sentirá solo/a
  - Será abusado (sexual, física o económicamente)
  - Otro: \_\_\_\_\_

## Custodia/Ayudas Financieras/Fideicomisos

13. Después de graduarse o acabar la escuela, ¿cómo quiere que su hijo/a sea respaldado económicamente? (Marque todas las que correspondan):
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social/ SSI/ SSDI            | <input type="checkbox"/> Beneficios gubernamentales (estampillas de comida, vivienda subvencionada, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Su propio sueldo                    | <input type="checkbox"/> Con el apoyo financiero de usted   |
| <input type="checkbox"/> Sueldo y Seguro Social              | <input type="checkbox"/> No lo sé   |
| <input type="checkbox"/> Sueldo y beneficios gubernamentales |   |
14. Cree usted que cuando su hijo/a tenga 18 años:
- Será su propio tutor legal
  - Necesitará un tutor/guardián para tomar decisiones financieras
  - Necesitará un tutor/guardián para tomar decisiones médicas
  - Necesitará un defensor o un representante personal
  - Necesitará una potestad sobre situaciones médicas
  - Necesitará poder notarial
  - Necesitará que se le designe un tutor legal
  - No estoy seguro/no lo sé

15. ¿Ha preparado usted (un fondo fiduciario/fideicomiso para necesidades especiales) para el futuro apoyo de su hijo/a?  SÍ  NO

16. ¿Ha preparado usted un testamento que incluye planes para su hijo/a?  SÍ  NO

## Transporte

17. ¿Cree usted que su hijo/a conseguirá una licencia de conducir?  SÍ  NO

18. Después de graduarse o acabar la escuela, ¿qué modo de transporte usará su hijo/a?

- \_\_\_\_\_ Bicicleta
- \_\_\_\_\_ Andar a pie
- \_\_\_\_\_ Transporte publico – (bus, tren de cercanías, etc.)
- \_\_\_\_\_ Su propio automóvil
- \_\_\_\_\_ Taxi municipal
- \_\_\_\_\_ La familia o amigos lo llevaran en auto
- \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## Recreación y Ocio

19. Después de graduarse o acabar la escuela, espero que mi hijo/a se interese en:

*(Marque todas las que correspondan):*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actividades recreativas que puede hacer solo/a                  | <input type="checkbox"/> Actividades integradas (miembros de equipo con y sin discapacidades) |
| <input type="checkbox"/> Actividades con amigos  | <input type="checkbox"/> Clases (para desarrollar pasatiempos y explorar áreas de interés)    |
| <input type="checkbox"/> Amigos con discapacidades                                       | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Amigos sin discapacidades                                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Actividades recreativas organizadas (clubs, deportes de equipo) |   |

20. Después de graduarse o acabar la escuela, cree usted que probablemente su hijo/a:

*(Marque todas las que correspondan)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se casará                                   | <input type="checkbox"/> Tendrá niños  |
| <input type="checkbox"/> Tendrá novio/a, pero no se casará           | <input type="checkbox"/> Tendrá poco contacto romántico o social con el sexo opuesto |
| <input type="checkbox"/> Tendrá una relación monógama/vida en pareja |  |

## Servicios para Adultos

21. Por favor marque los siguientes servicios para adultos que usted **conoce**, **en los que participa**, o sobre los que **necesita más información**:

| AGENCIA   | Conozco | Participo | Necesito más información |
|---|---------|-----------|--------------------------|
| Servicios de rehabilitación vocacionales/de empleo  |         |           |                          |
| Departamento de Servicios para Discapacitados ( <i>Department of Disabilities Services</i> ) (DDS)          |         |           |                          |
| Cuidado de salud y/o seguro de salud  |         |           |                          |
| Beneficios de Seguro Social para adultos  |         |           |                          |
| Trabajar y recibir beneficios de Seguro Social – Programas ofrecidos  |         |           |                          |
| Centros de vida independiente   |         |           |                          |
| Opciones postsecundarias para adultos con discapacidades  |         |           |                          |
| Asociación de Enfermeras Visitantes ( <i>Visiting Nurses Association</i> )                                  |         |           |                          |
| Recursos comunitarios para empleo   |         |           |                          |
| Asistencia del gobierno (estampillas de comida, vivienda subvencionada, etc.)                               |         |           |                          |
| Abogado o servicios de planificación de tutela/custodia/poder notarial                                      |         |           |                          |
| Abogado o servicios de planificación de opciones financieras para su hijo - testamentos, fideicomisos, etc. |         |           |                          |
| Servicios de transporte   |         |           |                          |
| Cuidado de relevo   |         |           |                          |
| Programa de mentores  |         |           |                          |
| Opciones de recreación comunitaria  |         |           |                          |
| Apoyo para padres/familia   |         |           |                          |
| Servicios para ciegos   |         |           |                          |
| Servicios de salud mental   |         |           |                          |
| Servicios para sordos y los que tienen problemas de audición  |         |           |                          |

## Comentarios/Preguntas/Preocupaciones:

22. Por favor, déjenos saber de otras preocupaciones que usted pueda tener relacionadas con la transición de su hijo de la educación pública a los servicios para adultos.

---



---



---



---



---



---



---



---



---

*Muchas gracias por haber completado esta encuesta. Esperamos poder ayudarlos a usted y a su hijo a hacer una transición sin tropiezos de la escuela pública a los servicios para adultos.*