



DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

# EDUCATION

Division of Elementary, Secondary and Specialized Education (ESSE)

7 de junio del 2016

Estimados padres o tutores,

Ésta es de una encuesta para las familias de estudiantes con Programas de Educación Individualizados (IEP, por sus siglas en inglés) que recibieron servicios de educación especial durante el año escolar 2015-16 (agosto del 2015 a junio del 2016). Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios y resultados para los niños y las familias.

La Oficina del Superintendente Estatal de Educación (OSSE, por sus siglas en inglés) recoge esta información y reporta un resumen de los resultados al Departamento de Educación de los Estados Unidos como parte del informe anual sobre los resultados del DC, como lo requiere la Ley de Educación de Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Al completar esta encuesta usted ayudará a informar sobre el entrenamiento y los recursos que OSSE provee a las familias con respecto a la educación especial. OSSE compartirá un resumen de los resultados de la encuesta con la escuela de su hijo/a, pero ninguna información individual (nombres, direcciones o información de contacto, etc.) se compartirá sobre usted y su hijo/a. Sus respuestas son confidenciales.

Usted puede completar la encuesta en el documento adjunto o completarla en línea, utilizando el siguiente enlace [surveymonkey.com/r/OSSEparentsurvey2015\\_16](http://surveymonkey.com/r/OSSEparentsurvey2015_16). Por favor tenga en cuenta que usted puede saltar cualquier información que usted sienta no se aplica a usted o a su hijo/a. Esta encuesta debe tomar aproximadamente 10 minutos de su tiempo y permanecerá abierta hasta el lunes 12 de septiembre del 2016. Si usted tiene más de un hijo/a que recibe servicios de educación especial, no dude en completar una encuesta por cada hijo/a.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la encuesta, por favor contacte a la señora Sheryl Hamilton, Directora de Aprendizaje Comunitario y Apoyo Escolar, al 202-741-6404 o por e-mail a [Sheryl.Hamilton@dc.gov](mailto:Sheryl.Hamilton@dc.gov). Gracias de antemano por su participación, y esperamos con interés recibir noticias tuyas.

Atentamente,

Sheryl Hamilton, Directora  
Grupo de Aprendizaje Comunitario y Apoyo Escolar (CLASS)  
202-741-6404 (oficina)

[Sheryl.Hamilton@dc.gov](mailto:Sheryl.Hamilton@dc.gov)



# División de Educación Primaria, Secundaria y Especializada

## Encuesta Anual 2015-16 de Participación de los Padres

Al completar esta encuesta usted ayudará a informar sobre el entrenamiento y los recursos que OSSE provee a las familias con respecto a la educación especial. Por favor tenga en cuenta que usted puede saltar cualquier información que usted sienta no se aplica a usted o a su hijo/a. Esta encuesta debe tomar aproximadamente 10 minutos de su tiempo y permanecerá abierta hasta el Lunes 12 de septiembre del 2016. Si usted tiene más de un hijo/a que recibe servicios de educación especial, no dude en completar una encuesta por cada hijo/a. Muchas gracias.

DERECHOS DE LOS PADRES/ SALVAGUARDIA DE LOS PROCEDIMIENTOS	La siguiente pregunta se refiere a los derechos de los padres. Por favor, piense si los maestros y administradores en la escuela de su hijo/a se preocupan de que usted esté informado/a sobre sus derechos como padre/madre o la salvaguardia de los procedimientos:	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	1. La escuela de mi hijo/a se asegura que yo entienda las salvaguardias especiales de los procedimientos educativos (las reglas que protegen los derechos de los padres).							
ASOCIACIONES	La siguiente pregunta se refiere a lo que usted piensa sobre las asociaciones en la escuela de su hijo/a. Por favor, piense en si usted ha opinado sobre el desarrollo del Programa de Educación Individualizado (IEP) de su hijo/a.	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	2. Los maestros de mi hijo/a y otros profesionales me tratan como a un igual al planificar su programa de educación especial.							
	3. ¿Con qué frecuencia se comunica usted con el maestro de su hijo/a sobre su adelanto?	Frecuente-mente	Semanal-mente	Mensual-mente	Al solicitarlo	1 ó 2 veces al año	Nunca	
	4. ¿Con qué frecuencia inicia usted una comunicación con el maestro de su hijo/a, o da seguimiento si es contactado/a por la escuela?							
PARTICIPACIÓN	Lo que sigue se refiere a su participación en el desarrollo de su hijo/a en el IEP. Piense en si su familia ha participado en las reuniones y el desarrollo del IEP de su hijo/a..	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	5. Los maestros de mi hijo/a y otros profesionales me animan a participar en el desarrollo del Programa de Educación Individualizada (IEP) de mi hijo/a.							
	6. Mis ideas y sugerencias son tomadas en cuenta en las reuniones del IEP de mi hijo/a							
ENTRENAMIENTO E INFORMACIÓN	Provea una respuesta sobre si la escuela de su hijo/a ofrece entrenamiento e información a usted durante el año escolar.	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	7. La escuela de mi hijo ofrece información y entrenamiento que me ayudará a participar plenamente en las reuniones del IEP de mi hijo/a.							
COMUNICACIÓN	Provea una respuesta sobre la comunicación que usted recibe de la escuela de su hijo.	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	8. La escuela de mi hijo/a, comparte, intercambia o imparte información, recursos o noticias conmigo.							
	9. La información que recibo sobre el programa de educación especial de mi hijo/a es comunicado de una manera comprensible.							
	10. La escuela de mi hijo/a se comunica regularmente conmigo acerca del progreso de mi hijo/a en sus metas anuales del IEP.							
CULTURA	Por favor, piense si la escuela de su hijo toma en cuenta las costumbres, el modo de vida, el estilo de vida, las tradiciones, el patrimonio cultural, los hábitos, los valores o actitudes de su familia..	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	11. La escuela de mi hijo/a muestra respeto por mi cultura en lo que se refiere a la educación de mi hijo/a..							
SATISFACCIÓN	Por favor indique si usted está satisfecho/a con, o cree que se han cumplido los deseos, las expectativas o las necesidades de su familia.	Fuertemente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	N/A
	12. Estoy satisfecho/a con el progreso que mi hijo/a hizo durante el año pasado.							
	13. La escuela de mi hijo/a pide mi opinión sobre los avances de mi hijo/a con sus servicios de educación especial.							

**Las siguientes preguntas se refieren a su hijo/a.**

14. ¿Cuál es el origen étnico o la raza de su hijo? (Seleccione las opciones que correspondan):

- Afroamericano o negro
- Indígena de Estados Unidos o Alaska
- Asiático o isleño del Pacífico
- Caucásico o blanco
- Hispano o latino

15. ¿Cuál es la PRINCIPAL discapacidad de su hijo? (Marque una opción con un círculo):

- Autismo
- Sordera y ceguera
- Sordera
- Retraso en el desarrollo
- Discapacidad emocional
- Trastorno auditivo
- Discapacidad del aprendizaje
- Varias discapacidades
- Trastorno visual (incluida la ceguera)
- Otro trastorno de la salud
- Trastorno específico del aprendizaje
- Trastorno del habla y el lenguaje
- Daño cerebral traumático
- Discapacidad intelectual

16. Durante el año académico 2015-16, ¿en qué grado estuvo su hijo? ( marque una opción con un círculo):

- Pre-escolar
- K
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

17. Durante el año académico 2014-2015, ¿qué edad tenía su hijo? (marque una opción con un círculo):

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21

**División de Educación Primaria, Secundaria y Especializada -Lista de Distribución**

**Participación de los padres/ Información de contacto (Opcional)**

1. Si le interesa recibir información relacionada con entrenamiento, reuniones o audiencias públicas para padres, por favor provea su información de contacto. Esta información se mantendrá confidencial

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle y N°): \_\_\_\_\_

Ciudad/ Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

2. Por favor provea su relación con el(la) niño/a.

- Madre.
- Padre
- Abuela
- Abuelo
- Tía
- Tío
- Hermano/a adulto/a
- Padrastro/ Madrastra
- Proveedor de cuidado de crianza
- Otro, por favor especifique

3. Por favor seleccione el rango de su edad.

- Menos de 17 años
- 18-25
- 26-36
- 37-47
- 48-58
- 59 años ó más