



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..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. La escuela de mi hijo/a pide mi opinión sobre los avances de mi hijo/a con sus servicios de educación especial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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                       Asiático o isleño del Pacífico                       Hispano o latino  
 Indígena de Estados Unidos o Alaska                       Caucásico o blanco

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

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

16. Durante el año académico 2018-19, ¿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 2018-19, ¿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

18. ¿Dónde su hijo asiste a la escuela? (por favor, indique el nombre de la escuela y el campus)

- District of Columbia Public Schools (DCPS) \_\_\_\_\_                       Otras \_\_\_\_\_  
 Public Charter Schools \_\_\_\_\_

**Division of Systems and Supports, K-12: 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.                       Abuelo                       Hermano/a adulto/a                       Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_  
 Padre                       Tía                       Padrastro/ Madrastra  
 Abuela                       Tío                       Proveedor de cuidado de crianza

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