

**Cuestionario para padres de familia cuyo hijo (a) participa en el programa de transición**

**(Programa moderado y moderado a severo)**

**Special Services**

Alumno (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Padre o madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

El propósito del presente cuestionario es saber sobre la perspectiva familiar en cuanto a la transición de su hijo (a) a la siguiente etapa de vida después de la preparatoria. Por favor, marque la siguiente sección de acuerdo a sus observaciones, ideas, sentir, e inquietudes sobre el futuro de su hijo (a) como adulto. El presente documento es confidencial y de uso exclusivo de las personas que conforman el equipo de *IEP* para lograr una transición exitosa para su hijo (a). Se le pedirá que actualice la información anualmente. Favor de acudir a la junta de *IEP* ó *ITP* con la presente documentación, o de enviarla a la persona que se encarga del caso de su hijo (a).

**Primera parte: Educación**

1. *La lista a continuación se relaciona a los hábitos y habilidades de estudio. Indique las tres áreas en las que su hijo (a)* ***destaca*** *actualmente. Encierre en un círculo las áreas en que usted considera que su hijo (a)* ***necesita mejorar****.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ Llega puntual al salón. □ Asiste a clases con todo los útiles necesarios.□ Sigue las indicaciones. □ Usa calendario. □ Cumple con la tarea.  | □ Es organizado. □ Toma apuntes legibles.□ Escribe bien a máquina.□ Cumple con la tarea. □ Trabaja a ritmo constante.  | □ Puede recordar información.□ Logra concentrarse. □ Trabaja bien en equipo.□ Inicia sus labores de inmediato | □ Usa recursos para auxiliarse. □ Comprende sus necesidades de aprendizaje. □ Hace preguntas en casos necesarios. □ Establece metas a corto plazo. □ Pone atención cuando los demás hablan.  |

1. *¿Qué plan* ***educativo*** *(para los próximos cinco años) cree usted que su hijo (a) seguirá? (Indique todo lo que corresponde.)*

□ Universidad de cuatro años (obtener una licenciatura).

□ Una institución de estudios postsecundarios de la comunidad (obtener un título universitario de preparación o ingresar a una universidad de cuatro años).

□ Asistir brevemente a colegio comunitario (obtener una certificación, p. ej., en desarrollo infantil).

□ Escuela técnica o de capacitación laboral (p. ej. en mecánica automotriz, *ITT tech*, cultura de belleza).

□ Programa de capacitación en el trabajo (p.ej.: interinatos, aprendiz, etc.).

□ Cursos de capacitación técnica para adultos (p. ej. diseño floral, artes culinarias, repostería, etc.).

□ Programas que se ofrecen en el programa al que asiste su hijo (a) o programa para adultos (p.ej. capacitación constante en actividades cotidianas).

□ Otra opción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Segunda parte: Habilidades profesionales y laborales.**

1. *La lista a continuación incluye destrezas y hábitos laborales. Coloque una X en la columna que mejor representa el nivel de capacidad de su hijo (a).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Habilidades laborales** | **Sí, con poco apoyo o sin apoyo** | **Sí, con poco apoyo o apoyo moderado** | **Sí, con mucho apoyo o con apoyo constante** | **No, no le es posible hacerlo** | **No sé** |
| Llega a tiempo al trabajo y a la casa.  |  |  |  |  |  |
| Sigue los procedimientos de seguridad. |  |  |  |  |  |
| Respeta la propiedad de los demás.  |  |  |  |  |  |
| Usa lenguaje apropiado.  |  |  |  |  |  |
| Respeta a los demás.  |  |  |  |  |  |
| Trabaja sin para durante una hora. |  |  |  |  |  |
| Acepta críticas.  |  |  |  |  |  |
| Hace su trabajo en el tiempo indicado.  |  |  |  |  |  |
| Siguen indicaciones en varios pasos.  |  |  |  |  |  |
| Acepta cambios con actitud positiva.  |  |  |  |  |  |
| Mantiene un ritmo de trabajo constante.  |  |  |  |  |  |
| Hace su trabajo de manera satisfactoria.  |  |  |  |  |  |
| Empieza a trabajar de manera independiente.  |  |  |  |  |  |
| Pide ayuda cuando la necesita.  |  |  |  |  |  |
| Sabe que hacer después de terminar de trabajar.  |  |  |  |  |  |

1. *Una vez que su hijo (a) deje de asistir a la escuela, ¿qué opciones de* ***empleo*** *cree usted que su hijo (a) buscará? (Indique las que correspondan.)*

□ Empleo de tiempo completo (encontrar y conservar su empleo sin apoyo adicional).

□ Empleo de medio tiempo.

□ Empleo con apoyo (empleo en el que recibe un sueldo real, y se le apoya para encontrar y conservar dicho empleo).

□ Servicio militar.

□ No sé.

□ Otra opción (Por favor indique, por ejemplo: trabajo de voluntario, capacitación laboral en el trabajo.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *¿Qué tipo de trabajo le ha dicho su hijo (a) que le interesa?*

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. *Basándose en su respuesta anterior, ¿la meta profesional o laboral de su hijo (a) corresponde al nivel de capacidad del alumno)?*

 *\_\_\_\_SÍ \_\_\_\_NO- Por favor comparta sus inquietudes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. *¿Qué tipo de ayuda cree usted que su hijo (a) necesitará para encontrar y conservar un empleo? (Indique las que correspondan.)*

|  |  |
| --- | --- |
| □ No requiere apoyo.□ Apoyo para solicitar y para la entrevista de empleo.□ Apoyo únicamente con problemas o situaciones nuevas. | □ Más tiempo para aprender (capacitación adicional).□ Requiere apoyo a largo plazo para desempeñar el trabajo (capacitación constante).□ Requiere apoyo constante para desempeñar el trabajo (requiere auxiliar laboral, etc.) |

**Tercera parte: Opciones de vivienda**

1. *La lista a continuación incluye destrezas para vivir de manera independiente. Coloque una X en la columna que mejor representa el nivel de capacidad de su hijo (a).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Destrezas para vivir de manera independiente** | **Sí, con poco apoyo o sin apoyo** | **Sí, con poco apoyo o apoyo moderado** | **Sí, con mucho apoyo o con apoyo constante** | **No, no le es posible hacerlo** | **No sé** |
| Mantiene su espacio limpio.  |  |  |  |  |  |
| Prepara platillos sencillos.  |  |  |  |  |  |
| Buena higiene personal.  |  |  |  |  |  |
| Elige su ropa.  |  |  |  |  |  |
| Se viste sólo.  |  |  |  |  |  |
| Sabe su información personal.  |  |  |  |  |  |
| Sigue las reglas de seguridad peatonal.  |  |  |  |  |  |
| Lava (lava, seca, plancha). |  |  |  |  |  |
| Compran provisiones.  |  |  |  |  |  |
| Compran su propia ropa.  |  |  |  |  |  |
| En general, goza de buena salud.  |  |  |  |  |  |
| Pide sus alimentos y paga la cuenta en el restaurante.  |  |  |  |  |  |
| Pide ayuda en la comunidad.  |  |  |  |  |  |
| Ubica domicilios y lugares nuevos.  |  |  |  |  |  |
| Usa un presupuesto y lo respeta.  |  |  |  |  |  |
| Usa el transporte público. |  |  |  |  |  |
| Usa los recursos de la comunidad (gimnasio, biblioteca, centro de recreación). |  |  |  |  |  |
| Hace sus propias citas.  |  |  |  |  |  |

1. *¿Cinco años después que su hijo (a) salga de la preparatoria dónde cree usted que vivirá su hijo (a)?*

□ En casa.

□ En un apartamento o en una casa hogar (sólo o con compañero (a) de cuarto).

□ En un programa de vivienda con apoyo.

□ Otro (indique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. *¿Qué inquietud tiene usted sobre el hecho de que su hijo (a) viva por sí sólo (a) después de salir de la preparatoria?*

□ Es autosuficiente (salud, alimentos, higiene, etc.).

□ Compra lo necesario (alimentos, artículos básicos, etc.)

□ Lleva adecuadamente sus finanzas.

□ Consigue y conserva en buen estado muebles y artículos para el hogar.

□ Tiene conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad.

□ Tiene conocimiento de las prácticas de seguridad.

□ Usa el transporte público.

□ Mantiene relaciones saludables.

□ Otro (indique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuarta parte: Servicios para adultos**

*11*. ¿Su hijo (a) es cliente del centro regional de San Diego? □ Sí □ No

 Si su respuesta es sí, por favor indique el nombre y número del coordinador de servicios de su hijo (a).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*12*. *Favor de indicar los servicios o dependencia de los cuales usted está enterado (a). Después, indique con la que se ha comunicado anteriormente. Finalmente, indique de qué servicio o dependencia le gustaría recibir más información.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servicios** | ***enterado (a).*** | ***Me he comunicado*** | ***más información***  |
| **Centro regional de San Diego** (Proporciona una variedad de servicios a personas con discapacidades mentales y a sus familias que permiten al consumidor vivir lo más independientemente posible.) |  |  |  |
| **Departamento de rehabilitación** (Ayuda a las personas con discapacidad que viven en el estado de California a obtener empleo y maximizar su equidad, y capacidad para vivir de manera independiente en su comunidad.) |  |  |  |
| **Servicios comunitarios de la bahía del sur** (Provee una amplia gama de servicios y programas para las familias, niños, e individuos en el sur del condado de San Diego.) |  |  |  |
| **Departamento del seguro social** (Otorga subsidio monetario a personas discapacitadas y a miembros específicos de la familia de dichas personas, y si usted trabajó tiempo suficiente y sufre de un padecimiento que le impide trabajar, o que se espera que le impida trabajar por un período mínimo de 12 meses.) |  |  |  |
| ***CalFresh*** (Previamente conocido como el programa de vales para alimentos) (programa federal de nutrición adicional para familias de bajos recursos y para personas que cumplen con ciertos requisitos de ingresos. *Calfresh* complementa el presupuesto para alimentos y permite el acceso a alimentos nutritivos para familias e individuos.) |  |  |  |
| **Olimpiadas Especial** (Organización no lucrativa que empodera a las personas con discapacidades mentales a convertirse en personas en buen estado física, además de ser miembros respetados de la sociedad por medio de entrenamiento físico y su participación en competencias.) |  |  |  |
| **Deportes para atletas excepcionales** (Programa deportivo para atletas con discapacidades mentales de 5 años de edad a adultos. Dicho programa ofrece 24 disciplinas en 4 temporadas deportivas.) |  |  |  |
| **MTS de San Diego** (Ofrece tarifa reducida a personas con discapacidad; MTS ofrece acceso para aquellos cuya discapacidad les impide usar los servicios de autobuses de ruta fija o del *Trolley*) |  |  |  |
| **Medi-Cal** (Cubre el costo de una amplia gama de servicios médicos para niños y adultos que califican para sus prestaciones.) |  |  |  |