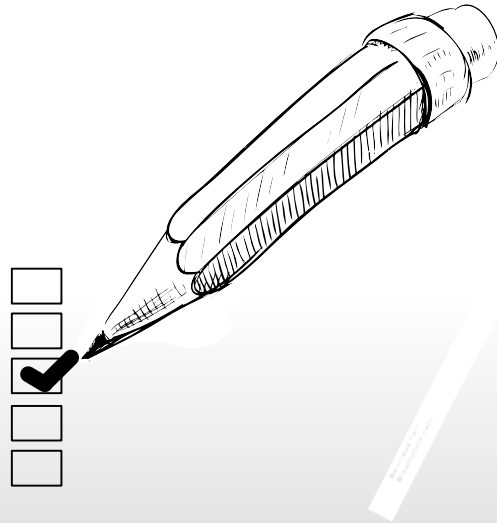


ENCUESTA DE TRANSICIÓN PARA LOS PADRES

Revisado en el 2014



Fournier, L.L. (Revised 2014). *Parent Transition Survey*. From *Parent Transition Survey* by M.E. Morningstar, I. Crawford, J. Scarff & M. Blue-Banning (1994). Adaptado con permiso.

Para mas información sobre esta encuesta, contacte a Mary E. Morningstar,
mmorningstar@ku.edu

PADRES: Al rellenar esta encuesta, nos ayudará a comprender las necesidades y expectativas que usted tiene para el porvenir de su hijo. Nos proporcionará información indispensable que resultará en la planificación de una transición exitosa. Puede que no todas las secciones u opciones en esta encuesta sean directamente relevantes para su hijo. Sin embargo, por favor rellene aquellas secciones y opciones que reflejen mejor las preocupaciones y pensamientos que usted tiene acerca de la vida adulta de su hijo.

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.