

## ENCUESTA DE TRANSICIÓN PARA PADRES

La planificación de la transición es un proceso continuo y evolutivo identificando las necesidades, desarrollando metas y haciendo conexiones si es necesario para los servicios y los proveedores de servicios dentro y fuera del sistema escolar. Ambos usted y su hijo/a necesitan ser parte de esta planificación de la transición. Con el fin de documentar correctamente los servicios de transición en el IEP, es útil que la información sea obtenida antes de la junta del IEP. Las preguntas en este formulario se relacionan a la educación, trabajo, vida adulta, y vínculos a servicios y proveedores de servicios.

No todas las secciones u opciones en esta encuesta son directamente relevantes a su hijo/a, pero por favor complete las secciones y opciones que mejor reflejen sus preocupaciones y pensamientos acerca de la vida adulta para su hijo/a. Al completar esta encuesta, ayudara a los maestros y personal de servicios para adultos, a comprender mejor sus expectativas y las de su hijo/a para el futuro. Proveerá información vital que puede conducir a una exitosa planificación de la transición.

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### EDUCACIÓN

1. Tipo de programa de educación especial en el que su hijo/a esta:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| _____ Autismo                   | _____ Discapacidad del Aprendizaje          |
| _____ Habilidades de Vida/ID    | _____ Comportamiento/Discapacidad Emocional |
| _____ Otro Impedimento de Salud | Otro: _____                                 |

2. ¿Qué edad tiene su hijo/a ahora? \_\_\_\_\_

3. ¿A qué edad anticipa o planea que su hijo/a se **gradué?**

- |          |          |          |          |          |                |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------------|
| edad     | edad     | edad     | edad     | edad     | No esta        |
| _____ 17 | _____ 18 | _____ 19 | _____ 20 | _____ 21 | _____ seguro/a |

4. ¿En que área su hijo/a tiene las mayores necesidades?

| ★ | ✓ | <b>Por favor marque todo lo que aplique. De los que marco, por favor ponga una estrella (★) a los 5 más importantes:</b>                        |
|---|---|---|
|   |   | Habilidades académicas necesarias para la educación después de la secundaria.   |
|   |   | Habilidades académicas básicas (lectura, escritura, aritmética)   |
|   |   | Limpieza de casa  |
|   |   | Habilidades de comunicación (habilidad para expresarse asimismo a los demás)  |
|   |   | Tomando decisiones/ajuste de metas/habilidades para sí mismo – abogacía   |
|   |   | Relacionamientos amistosos y sociales   |
|   |   | Planificación de comida, preparación y limpieza   |
|   |   | Habilidades para manejo financiero  |
|   |   | Necesidades del cuidado personal (aseo, rasurándose, habilidades para vestirse etc.)  |
|   |   | Habilidades para resolver problemas   |
|   |   | Habilidades recreativas/del óseo  |
|   |   | Habilidades para compras (comparación en las compras, manejo del dinero, etc.)  |
|   |   | Habilidades para viajar (peatonal, transportación publica y/o privada)  |
|   |   | Exploración vocacional y de carrera (oportunidades para experimentar y aprender acerca de los varios tipos diferentes de carreras y/o trabajos) |
|   |   | Lavar y doblar ropa etc.  |

5. ¿En qué áreas su hijo/a muestra más fortaleza, en ambas partes, académicamente y no-académicamente?

---

6. Brevemente aclare cuales son las áreas en las que su hijo/a esta interesado/a.

---

### **EDUCACIÓN FUTURA**

1. En el futuro la educación de mi hijo/a será:

Colegio de cuatro años/Universidad

Colegio Comunitario/Universidad

Escuela técnica vocacional

Capacitación laboral

Programas Educativos después de la secundaria para estudiantes con Discapacidades

Intelectuales y/o del Desarrollo (usualmente en una Instalación Universitaria)

Servicios de Día para Adultos

No es aplicable

No lo se

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

### **CARRERA Y EMPLEO**

1. Creo que mi hijo/a trabajara en:

Empleo de tiempo completo competitivo (encuentra y mantiene un trabajo por sí mismo/a)

Empleo de medio tiempo competitivo

Apoyo laboral (trabajo de la comunidad para salarios reales con apoyos de encontrar y mantener un trabajo)

Trabajo voluntario

No lo se

Programa Supervisado de Día (Servicios de Día para Adultos)

No espero que mi hijo/a trabaje

Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

2. ¿En qué tipo de trabajo dice su hijo/a que está interesado/a?:

---

3. ¿Usted siente que esta es una meta realista?  Si  No

4. ¿Qué tipo de trabajo cree que a él/ella le agradaría?

---

5. ¿Qué tipo de apoyo u asistencia usted piensa que su hijo/a necesitara encontrando u manteniendo un empleo? (marque todo lo que aplique)

No necesitara ningún apoyo

Ayuda para encontrar trabajo

Asistencia solamente cuando problemas o nuevas situaciones se presenten

Apoyo a corto plazo para aprender el trabajo (entrenamiento extra)

Apoyo a largo plazo para aprender el trabajo (entrenamiento continuo)

## OPCIONES FUTURAS DE VIVIENDA

1. ¿Cinco años después de la escuela, donde quiere que su hijo/a viva?

En casa

En un apartamento por su cuenta  Solo/a o  Con compañero/a(s)

En un apartamento apoyado/programa de vivienda – solo/a o con compañero/a(s)

En un hogar colectivo o en una vivienda ajustada supervisada con compañeros

otro: \_\_\_\_\_

2. Preocupaciones que tiene acerca de su hijo/a viviendo por su cuenta:

No ase compras por su cuenta

No sabe manejar el dinero

No está listo/a para vivir en la comunidad

No se sabe cuidar así mismo/a

Estará solo/a

Será abusada/o (sexualmente, físicamente, financieramente)

otro: \_\_\_\_\_

## FINANZAS, TESTAMENTOS Y FIDEICOMISOS, TUTELA

1. ¿Después de la graduación, como quiere que su hijo/a sea apoyado/a? (marque todo lo que aplique)

Seguro Social/SSI/SSDI

Con sus propias ganancias

Alivio general (estampillas para comida, vivienda subvencionada, etc...)

Su apoyo financiero

No lo se

2. Usted cree que cuando su hijo/a cumpla 18 años, él/ella :

Sera su propio tutor/a

Necesitará un conservador para decisiones financieras

Necesitará un tutor asignado

No estoy seguro/a/ no lo se

3. ¿Ha preparado (fideicomiso de necesidades especiales) para el futuro para su hijo/a?  Si  No

4. ¿Ha preparado un testamento que incluye planes para su hijo/a?  Si  No

## TRANSPORTACIÓN

1. ¿Usted cree que su hijo/a tendrá licencia de manejar?  Si  No

2. Después de la graduación, su hijo/a viajara por la ciudad por:

Bicicleta

Viaje compartido

Caminando

Su propio carro

Autobús

Obtendrá aventones en el carro de la familia o con amigos

Taxi

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

**RECREACIÓN Y OCIO**

1. Mi hijo/a esta actualmente envuelto/a en las siguientes actividades:

- Actividades recreacionales que él/ella hace solo/a
- Actividades con amigos
- Amigos con discapacidad
- Amigos sin discapacidad
- Actividades recreacionales organizadas (club, deportes en equipo)
- Solo para personas con discapacidad
- Actividades integradas (miembros del equipo con y sin discapacidad)
- Clases (para desarrollar pasatiempos, y explorar áreas de interés)
- Otro: \_\_\_\_\_

**SERVICIOS PARA ADULTOS**

1. Por favor marque los siguientes servicios de los que usted está **consciente**.
2. Después, indique cuales de estos servicios usted **ha contactado** o ha tenido contacto en el pasado.
3. Finalmente, indique los servicios de los cuales le **gustaría tener más información**.

| Servicios   | Consciente | Contacto | Mas Info |
|---|------------|----------|----------|
| 1. TWS – Rehabilitación Vocacional  |            |          |          |
| 2. Apoyo Laboral  |            |          |          |
| 3. Administración del Seguro Social/SSI   |            |          |          |
| 4. Programas de Habilitación de Día   |            |          |          |
| 5. Servicios de MHMR del Condado de Tarrant   |            |          |          |
| 6. <b>Exenciones de Medicaid:</b> Servicios del Hogar y basados en la Comunidad (HCS), Asistencia y Apoyo de Vida en la Comunidad (CLASS) |            |          |          |
| 7. Servicios de Salud Mental  |            |          |          |
| 8. Otro:  |            |          |          |
| 9. Otro:  |            |          |          |

\* Si usted recibe servicios a través de MHMR del Condado de Tarrant por favor aliste el nombre de su Coordinador de Servicios/Administrador de Casos \_\_\_\_\_  
 Y el nombre del Proveedor Directo de Servicios \_\_\_\_\_

**Después de completar esta encuesta lleve una copia al maestro de su hijo/a y/o traiga una copia a su junta del ARD.**



Encuesta proporcionada por el Consejo IDD para su reutilización. [www.IDDCouncil.org](http://www.IDDCouncil.org)