



Encuesta: Año Escolar Extendido (ESY por sus siglas en inglés)

Esta encuesta también está disponible en Internet en <https://disabilitylawco.org/news/survey-extended-school-year-esy/03-21-2016>.

Le estamos pidiendo que complete la siguiente encuesta si su niño ha recibido servicios de Año Escolar Extendido (ESY). Disability Law Colorado ha sabido que muchos distritos escolares no están proporcionando los servicios de ESY *individualizados*, sino que están ofreciendo un programa estándar de “una sola talla para todos”. Disability Law Colorado usará la información que usted nos proporcione en nuestro esfuerzo para frenar esa práctica. Si usted está respondiendo a esta encuesta en nombre de más de un niño, por favor complete una encuesta por cada niño. ***Por favor, sepa que al presentar esta información, usted no está solicitando la representación individual por parte de Disability Law Colorado, y que no vamos a revisar su caso para la representación individual.*** Si desea la representación individual sobre un asunto de educación especial, tendrá que usar nuestro proceso de admisiones. Más información con respecto a este proceso está disponible en <https://disabilitylawco.org/we-may-be-able-help-you> o llamando al (303) 722-0300.

1. Nombre de la persona que completa esta encuesta (opcional): _____
2. Correo electrónico de la persona que completa esta encuesta (opcional): _____
3. Número de teléfono de la persona que completa esta encuesta (opcional): _____
4. Edad del niño:
 - Menor de 5 años
 - 5-8 años
 - 9-11 años
 - 12-18 años
 - 19-21 años
 - Mayor de 21 años
5. Sexo del niño:
 - Mujer
 - Hombre
 - Transexual

6. ¿Tiene el niño un padre sustituto educacional?
- Sí
 - No
7. ¿Está el niño en cuidado de crianza?
- Sí
 - No
8. La discapacidad del niño (marque todo lo que corresponda):
- Desorden autista
 - Ciego / Deterioro visual
 - Trastorno de la comunicación
 - Sordo / Deterioro auditivo
 - Discapacidad del desarrollo
 - Disturbio emocional
 - Discapacidad intelectual
 - Discapacidad específica de aprendizaje
 - Lesión cerebral traumática
 - Otro trastorno de la salud (especifique): _____
9. ¿Tiene el niño un IEP y / o un Plan 504? Por favor seleccione todo lo que corresponda:
- Plan de Educación Individualizada (IEP)
 - Plan 504
 - Mi niño no tiene ninguno de estos
10. ¿A cuál distrito escolar asiste el niño? _____
11. ¿Durante cuáles veranos recibió su niño ESY?
- 2016
 - 2015
 - 2014
 - 2013
 - 2012
 - 2011
 - 2010
 - 2009
 - 2008
 - 2007
 - 2006
12. ¿Los servicios de ESY que se ofrecieron a su niño fueron **individualizados** para sus necesidades?
- Sí
 - No

17. Para el *verano más reciente*, ¿cuántas horas por semana recibió su niño los servicios ESY?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21+

18. Para el *verano más reciente*, ¿cuántos días por semana recibió su niño los servicios ESY?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19. Para el *verano más reciente*, ¿cuántas semanas de servicios ESY recibió su niño?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9+

20. Si su niño asistió a menos de un día completo, ¿cuándo asistió su niño a programas de ESY en la más reciente sesión de verano?

- Antes de la hora de la comida
- Después de la hora de la comida
- Mi niño asistió todo el día

21. ¿Qué tipo de cosas hizo su niño durante el programa de ESY? Por favor marque todo lo que corresponda:

- Matemáticas
- Lectura
- Escritura
- Arte y Manualidades
- Educación Física
- Ciencia
- Estudios Sociales / Historia
- Estudios Académicos Generales
- Terapia Ocupacional
- Terapia del Lenguaje
- Terapia Física
- Otro (especifique): _____

22. ¿Su niño tuvo alguna interacción con sus compañeros sin discapacidades durante el programa de ESY?

- Sí
- No
- Inseguro

23. ¿Quién determinó cuáles serían los servicios ESY de su niño?

- El Equipo IEP
- El Director de Educación Especial
- Otro Empleado del Distrito (especifique): _____
- Inseguro

24. ¿Alguna vez le ha dicho el personal del distrito escolar que sólo tienen un programa ESY (de una sola talla para todos) para su niño?

- No, no se me ha dicho eso
- Sí, me lo dijo el Director de Educación Especial
- Sí, me lo dijo el Director de la escuela
- Sí, me lo dijo el maestro de educación especial
- Sí, me lo dijo un asistente de maestro
- Sí, me lo dijo alguien no mencionado arriba: _____

25. ¿Alguna vez le ha dicho el personal del distrito escolar que NO individualizan el programa ESY?

- No, no se me ha dicho eso
- Sí, me lo dijo el Director de Educación Especial
- Sí, me lo dijo el Director de la escuela
- Sí, me lo dijo el maestro de educación especial
- Sí, me lo dijo un asistente de maestro
- Sí, me lo dijo alguien no mencionado arriba: _____

26. Si alguna vez se le han negado a su niño los servicios de ESY cuando usted creía que eran apropiados, por favor describa brevemente las razones que el equipo del IEP le dieron de por qué ellos rechazaron ESY para su niño:

27. ¿Hay algo más que usted cree que deberíamos saber acerca de su experiencia con ESY? (por favor, descríballo a continuación)

Las encuestas completadas pueden ser enviadas por correo electrónico o por correo postal.

Correo Electrónico: eharvey@disabilitylawco.org

Correo Postal: Disability Law Colorado
 Attn: Emily Harvey
 455 Sherman Street, Suite 130
 Denver, CO 80203