



Encuesta sobre las necesidades familiares del programa Manos y voces del Estado de Washington (Washington State Hands & Voices)

Como parte de una subvención financiada por El programa de la identificación temprana, diagnóstico y intervención de pérdida de audición del Departamento del Estado de Washington (EHDDI), los miembros de la junta de la organización Manos y voces del Estado de Washington recolectan información para identificar las necesidades de familias del estado que tienen niños sordos, niños con pérdida de audición, niños sordos-ciegos y niños sordos y más (D/HH/DB/DP). Su participación en esta encuesta breve y confidencial nos dejará brindar apoyo e información a familias y proveerá información para los sistemas médicos del cuidado y los sistemas educativos en nuestro estado.

Si tiene preguntas en cuanto a esta encuesta o quiere comunicarse con nosotros directamente, favor de contactar a Christine Griffin: gby@wahandsandvoices.org o (425) 268-7087 (teléfono/enviar mensaje de texto). Para más información sobre el programa Washington State Hands & Voices, por favor consulte nuestra página web: www.wahandsandvoices.org.

Profundamente apreciamos su participación en esta encuesta de 5 a 10 minutos. Por favor, llénela para el 30 de septiembre de 2017. Nuevamente le agradecemos su participación en esta encuesta importante.

1. En mi vida yo tengo un/os niño/s sordo/s, con pérdida de audición (HH), sordo/s-ciego/s (DB) o sordo/s y más (D+) porque yo soy un/a (marque todos que sean pertinentes)

- ___ Padre/madre o cuidador/a
- ___ Pariente/familia
- ___ Profesional/experto
- ___ Líder de padres/padre guía
- ___ Accionista/miembro de la comunidad

2. Mi condición auditiva es:

- ___ Sordo/a
- ___ Deficiencias auditivas
- ___ Auditivo/capaz de oír

3. Yo soy miembro de WA Hands & Voices (si usted es experto/ accionista/miembro comunitario que no tiene niño/s sordo/s, con pérdida de audición (HH), sordo/s-ciego/s (DB) o sordo/s y más (D+), conteste pregunta número 3 y avance a la pregunta número 22).

- ___ Sí
- ___ No
- ___ No sé

4. ¿Cuántos años tiene/n su/s hijo/s que es/son sordos/HH/DB/D+?

5. ¿Cuántos años tenían su/s hijo/s cuando usted descubrió que él/ella es sordo /HH/DB/D+?

6. Marque la declaración que mejor representa la información y los recursos usted recibió de sus médicos sobre la pérdida de audición de su/s hijo/s:

- _____ Ninguna información, ningunos recursos
- _____ Información limitada o recursos limitados
- _____ Información adecuada y recursos suficientes
- _____ Información buena y recursos buenos
- _____ Mucha información y muchos recursos

Si tiene más de un/a hijo/a, por favor evalúe o comente aquí:

7. ¿En qué año/grado está/n su/s hijo/s?

8. ¿ En qué distrito escolar vive usted?

9. ¿A qué programa de 0 a 3 y/o programa escolar asiste/n su/s hijo/s?

10. Estas son las formas de comunicación de nuestra familia en la casa (marque todos que sean pertinentes)

- _____ inglés oral (hablado)
 - _____ otro idioma oral (hablado)
 - _____ Lenguaje de señas de los EEUU (ASL)
 - _____ Señalar inglés exacto (SEE)
 - _____ Combinación de habla y señas
 - _____ Aparatos de comunicación aumentativa
 - _____ Otro _____
-

11. En la escuela mi/s hijo/s utiliza/n lo siguiente para comunicarse (marque todos que sean pertinentes)

	Niño/a 1	Niño/a 2	Niño/a 3
inglés oral (hablado)			
otro idioma oral (hablado)			
Lenguaje de señas de los EEUU (ASL)			
Señalar inglés exacto (SEE)			
Combinación de habla y señas			
Aparatos de comunicación aumentativa			
Palabra complementada			
Otro			

12. ¿Cuáles tecnologías auditivas utiliza su hijo/a? (Marque todos que sean pertinentes)

	Niño/a 1	Niño/a 2	Niño/a 3
Audífono/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante coclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAHA o Ponto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema FM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cuáles tecnologías visuales utiliza/n su/s hijo/as y su familia? (Marque todos que sean pertinentes)

- _____ Subtítulos/leyenda
- _____ Teléfono celular
- _____ Teléfono vídeo (VP)
- _____ FaceTime, Skype u otra opción
- _____ Timbre de la puerta con luz/lámpara
- _____ Apps (aplicaciones digitales)
- _____ Alarmas táctiles o con luz/lámpara

_____ Otro(explique, por favor) _____

14. ¿Tiene/n su/s hijo/s ...? (marque todos que sean pertinentes)

- _____ IFSP _____ningunos de los anteriores
- _____ IEP _____no sé
- _____ Plan 504

15. Evalúe su satisfacción con los servicios educativos que recibe/n su/s hijo/s.

	muy insatisfecho	insatisfecho	neutral	satisfecho	muy satisfecho
Niño/a 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño/a 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, explique más – sus respuestas se mantienen anónimas y confidenciales.

16. ¿Conoce a otras familias con niño/s que son sordos/HH/DB/D+?

- Sí
 No

17. ¿Ha conocido su familia a un adulto sordo o ha tenido un mentor/guía sordo/a?

- Sí
 No
 No sé

Se invita comentarios.

18. ¿A qué tipo de actividades y apoyos les interesaría asistir a usted y su familia? (Marque todos que sean pertinentes)

- reuniones sociales para familias Apoyo personal de un/a p/madre
 Juntas informativas y talleres Invitación a/cita para jugar

Por favor, describa los programas o apoyos adicionales que desea.

19. ¿Cuáles son los mejores días de la semana y las mejores horas para su familia para asistir a eventos? (marque todos los posibles)

	mañana	tarde	noche	depende
Fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Días entre semana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Existen dificultades que puedan impedir la participación/asistencia de su familia? Explique, por favor.

20. ¿Cuánto tiempo de antemano les gustaría recibir detalles sobre actividades?

- una semana
- dos semanas
- un mes
- más de un mes

21. ¿Cuáles de la/os siguientes acomodaciones/cambios necesitará usted para asistir a una junta social para familias o a un taller? (marque todos que sean pertinentes)

- Intérprete (español u otro idioma hablado, lenguaje de señas, transliteración SEE, otro)
- subtítulos
- Sistema FM

Si se necesita intérprete, especifique el lenguaje/idioma, por favor:

22. ¿Está interesado en involucrarse en el programa WA State Hands & Voices?

- Sí
- No
- No sé

Si quiere que nosotros nos comuniquemos con usted, por favor anote sus datos de contacto aquí. Su información se utilizará solamente para esto objetivo.

Nombre:

Tel: _____ Correo electrónico: _____

23. Usando una escala de importancia de 1 (lo más importante) a 6 (lo menos importante), por favor indique su orden/la preferencia de cada actividad que quiere que ofrezca nuestro estado.

_____ Programa formal de ejemplo a seguir de mentor sordo/ mentor entrenado sordo y con deficiencias auditivas

_____ Acceso a apoyo para padres, a información y recursos para todos los modos comunicativos.

_____ Acceso a eventos para familias para conectarse con otras familias/cuidadores de niños sordos/ /HH/DB/D+

_____ Acceso a ponerse en contacto por medios sociales con otras/os familias/cuidadores de niños sordos/ /HH/DB/D+

_____ Acceso a talleres y entrenamientos además de oportunidades para practicar las habilidades (por ejemplo modos de comunicación y/o apoyo/defensa)

_____ Acceso a cualidades/habilidades aumentadas de liderazgo para mejorar los sistemas del cuidado para familias de niños quienes son sordos/ /HH/DB/D+