

# Департамент образования штата Калифорния

## Комплексный опрос родителей относительно услуг специального образования

Школьный округ: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_

Отдел специального образования Департамента образования штата Калифорния (California Department of Education Special Education Division, CDE-SED) ежегодно проводит выборочные комплексные опросы по отдельным школьным округам. Целью этого опроса является обобщение мнений и опыта родителей относительно специальных областей соблюдения законодательства образовательными учреждениями и их практической деятельности в части, касающейся учащихся, имеющих инвалидность. Ваши ответы помогут CDE-SED определить области, где может требоваться улучшение, и внесут вклад в дело формирования дополнительных мер мониторинга (например, беседы сотрудников с родителями, проверка документации, инспектирование школ и т.п.). Просим заполнить и вернуть данную форму в течение двух недель.

**Почтовый адрес:** Robin Ryan, Seeds of Partnership, Sacramento County Office of Education, P.O. Box 269003, Sacramento, CA 95826

**ИЛИ** пройдите опрос онлайн на веб-сайте по адресу: [www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey](http://www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey)

**ИЛИ** отсканируйте QR-код с помощью телефона или планшета.



### Основной физический или умственный недостаток ребенка (отметьте только один из перечисленных ниже)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="radio"/> Аутизм                                 | <input type="radio"/> Слепоглухота              | <input type="radio"/> Глухота                              | <input type="radio"/> Эмоциональное расстройство         |
| <input type="radio"/> Установленная медицинская инвалидность | <input type="radio"/> Ослабленный слух          | <input type="radio"/> Умственная отсталость                | <input type="radio"/> Множественные расстройства         |
| <input type="radio"/> Ортопедические нарушения               | <input type="radio"/> Другие нарушения здоровья | <input type="radio"/> Расстройства зрения, включая слепоту | <input type="radio"/> Специфические трудности в обучении |
| <input type="radio"/> Нарушение речевых или языковых навыков | <input type="radio"/> Черепно-мозговая травма   |  |  |

### Расовая/этническая принадлежность ребенка

(отметьте один или несколько вариантов)

- Американский индеец или коренной житель Аляски
- Коренной житель Гавайев или других островов Тихого океана
- Белый или европеоид

### Предпочитаю не отвечать

- Чернокожий или афроамериканец
- Испанского или латиноамериканского происхождения
- Азиат

### Возраст ребенка (полных лет)

- 3 - 5
- 6 - 9
- 10 - 12
- 13 - 15
- 16 - 17
- 18 - 22

Пожалуйста, дайте оценку вашего опыта и опыта вашего ребенка в отношении программы специального образования за прошлый год.

### Общие вопросы

- |   | Абсолютно согласен    | Согласен              | Точно не знаю         | Не согласен           | Абсолютно не согласен |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. В целом мой ребенок получает знания и развивается по предложенной ему/ей образовательной программе.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Персонал школы действительно делает все возможное, чтобы помочь моему ребенку добиться хороших результатов и итогов.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Школьный округ обеспечивает условия (поощряет, помогает, создает возможности) для участия родителей в целях совершенствования услуг и улучшения результатов моего ребенка. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Индивидуальная программа обучения (Individual Education Program, IEP) и встреча

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Персонал школы принимает все необходимые меры, чтобы я получал(а) информацию о процедурных гарантиях (установленных федеральным законодательством правил, призванных защитить права родителей).                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. В группу по IEP моего ребенка входили все необходимые участники (например, родители (родители), учителя, поставщики услуг, администратор/представитель).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Учитель общего образования участвовал в работе/присутствовал на встречах по IEP моего ребенка.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. На встречах по IEP изучались и пересматривались цели моего ребенка с учетом достигнутых результатов или отставания ребенка.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Группа по IEP обеспечила условия обучения с учетом индивидуальных потребностей и способностей к обучению моего ребенка (например, классные комнаты общего образования, специальные дневные занятия, учебный центр/ресурсы и т.п.). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Мои предложения и озабоченности учитывались при разработке IEP моего ребенка.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

		Абсолютно согласен	Согласен	Точно не знаю	Не согласен	Абсолютно не согласен
<b><u>Успехи учащегося в обучении</u></b>						
10.	Мой ребенок получает все услуги, указанные в его/ее IEP (например, услуги логопеда, физиотерапия, консультации, транспортные услуги и т.п.).	0	0	0	0	0
11.	Персонал школы помогает моему ребенку в достижении целей, поставленных в его/ее индивидуальной программе обучения (IEP).	0	0	0	0	0
12.	Преподаватели и поставщики услуг знают свои обязанности и исполняют их в рамках IEP моего ребенка (например, приспособления и модификации).	0	0	0	0	0
13.	Персонал школы создает формальные и неформальные возможности для регулярной коммуникации между школой и домом учащегося.	0	0	0	0	0
14.	Я получаю отчеты о достигнутых моим ребенком результатах в плане достижения поставленных в IEP целей не реже, чем предусмотрено общим расписанием представления отчетности об учебном процессе (например, ежеквартально, один раз в три месяца и т.п.).	0	0	0	0	0
15.	Моему ребенку созданы возможности участвовать в школьной и внеклассной деятельности (например, собрания, экскурсии, другие проводимые по инициативе школы мероприятия).	0	0	0	0	0
<b><u>Планирование и процедуры оценки</u></b>						
16.	Полученная моим ребенком оценка по специальной программе обучения определяла его/ее учебные и функциональные потребности.	0	0	0	0	0
17.	Результаты оценки моего ребенка использовались при планировании целей его/ее IEP.	0	0	0	0	0
18.	На встречах группы IEP обсуждались вопросы участия моего ребенка в тестировании на уровне штата и округа, включая вопросы приспособления и модификации.	0	0	0	0	0
<b><u>Вторичный переход</u></b> (Только для учащихся, которым исполняется 16 лет в период до следующей встречи по IEP)						
19.	Группа IEP обсуждала вопросы переходных услуг для моего ребенка (например, трудоустройство, самостоятельное/с поддержкой проживание, необходимые учебные занятия).	0	0	0	0	0
20.	Включенные в переходный план моего ребенка цели и услуги являются правильными шагами на последующий период для моего ребенка в планировании и достижении будущих целей.	0	0	0	0	0
21.	Группа IEP/персонал школы ведут работу с учетом переходного плана для моего ребенка.	0	0	0	0	0
<b><u>Учащиеся, которые изучают английский язык</u></b> (Не заполняйте, если к вашему ребенку не относится)						
22.	Персонал школы оказывает помощь моему ребенку в изучении английского языка.	0	0	0	0	0
23.	Персонал школы оказывает моему ребенку языковую поддержку, чтобы помочь ему/ей в обучении по всем учебным предметам.	0	0	0	0	0
24.	Персонал школы обеспечил услуги переводчика и информацию на моем родном языке, когда я обратился (лась) за этим.	0	0	0	0	0

**Дополнительные замечания?** (О ваших впечатлениях о программе специального образования)

(Не обязательно) Имя родителя/опекуна:  
Имя ребенка:

Электронная почта:  
Номер телефона: