

Código de encuesta o número de I-TEAMS: \_\_\_\_\_

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Programa de Intervención Temprana de Arizona

## ENCUESTA FAMILIAR

El Coordinador de Servicios debe completar la sección superior.

Fecha de finalización (Mes/Año): \_\_\_\_\_

Nombre del Coordinador de Servicios: \_\_\_\_\_

Agencia (marque todo lo que corresponda):    Contratista    DDD    ASDB

Nombre del Contratista de AZEIP: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_    Condado de Residencia de la Familia: \_\_\_\_\_

Edad del menor al momento de completar la encuesta (edad en años):    Nacimiento a 1    1-2    2-3    3+

Edad del menor al ser recomendado por 1ª vez a Intervención Temprana (edad en años):    Nacimiento a 1    1-2    2-3

Origen étnico del menor: ¿El origen étnico del menor es hispano o latino?    Sí    No

Raza del menor:    Indígena Americano o Nativo de Alaska    Nativo Hawaiano o Polinesio    Asiático  
                         Negro o Afroamericano    Blanco

### ENCUESTA DE RESULTADOS FAMILIARES

La siguiente es una encuesta familiar **confidencial** para ayudar al Programa de Intervención Temprana de Arizona (AZEIP por sus siglas en inglés) a **medir el impacto de los servicios de intervención temprana en su familia**. Se requiere que AZEIP mida el impacto de los servicios de intervención temprana en las familias como parte de nuestra subvención federal y el informe anual a la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de los EE. UU. Esta encuesta es administrada por la oficina estatal de AZEIP. AZEIP no proporciona servicios directos, sino que contrata servicios directos con varios programas en todo el estado, incluyendo A to Z Therapies, Arizona Cooperative Therapies (ACT), Dynamite Therapy, Growing in Beauty (Navajo Nation), Hummingbird, Northland Therapy Services, Northland Rural Therapy Associates (NRTA), RISE Early Intervention Services, Root for Kids, y Sunrise Therapy.

Su familia fue elegida para participar en esta encuesta porque su hijo/a recibió servicios de intervención temprana de uno de los programas participantes de AZEIP, incluida la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), las Escuelas para Sordos y Ciegos de Arizona (ASDB) y/o un Contratista de Servicios de Intervención Temprana Basado en Equipo. Si tiene más de un hijo en intervención temprana, se le puede ofrecer esta encuesta más de una vez. Si ha realizado esta encuesta en los últimos 6 meses para este niño/a, no necesita hacerlo.

Se estima que esta encuesta tomará aproximadamente **5 minutos** de principio a fin. AZEIP utiliza la encuesta del Centro Nacional para el Monitoreo de la Responsabilidad de la Educación Especial (NCSEAM por sus siglas en inglés) para medir el impacto de los servicios de intervención temprana en su familia. Si necesita ayuda o asistencia para completar esta encuesta, para solicitar otro idioma para esta encuesta, o si necesita solicitar adaptaciones razonables para realizar esta encuesta, llame a la oficina de AZEIP al (602)532-9960 o envíe un correo electrónico: [allazeip2@azdes.gov](mailto:allazeip2@azdes.gov).

Su información se mantiene confidencial y los resultados de su encuesta se comparten solo con el personal de AZEIP que necesita saberlo. No usaremos su información de identificación personal para ningún otro propósito que no sea para completar esta encuesta o hacer un seguimiento cuando nos lo solicite. Sus respuestas específicas no están vinculadas a usted personalmente en ninguno de nuestros informes ni se comparten con la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de los EE. UU. Los resultados anteriores de esta encuesta se pueden encontrar en: <https://des.az.gov/services/disabilities/developmental-infant/azeip-publications-and-reports>. Los informes se publican anualmente.

Si desea obtener más información sobre cómo puede asesorar y ayudar a la oficina de AZEIP, puede llamarnos al (602)532-9960 o visitar: <https://des.az.gov/interagency-coordinated-council-for-infants-y-niños-pequeños>.

Puede optar por completar esta copia en papel de la encuesta y devolverla en el sobre estampado con dirección propia adjunto. Alternativamente, puede optar por completar la encuesta en línea en <https://des.az.gov/services/disabilities/early-intervention/information-families-about-azeip>. Si en su lugar realiza la encuesta electrónica, deseche esta encuesta en papel.

Sus respuestas ayudarán a guiar los esfuerzos para mejorar los servicios y resultados para niños y familias. Apreciamos su tiempo.

Vea la última página para leer la declaración de EOE/ADA

Código de encuesta o número de I-TEAMS: \_\_\_\_\_

SALTE CUALQUIER PREGUNTA QUE NO SE APLIQUE

**A. Recursos**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
1. Conozca los servicios en la comunidad.						
2. Alguien del programa de intervención temprana salió a la comunidad conmigo y con mi hijo para ayudarnos a participar en actividades y servicios comunitarios.						
3. Mi familia recibió información sobre organizaciones que ofrecen información y capacitación para padres (por ejemplo, Raising Special Kids, centros de recursos familiares, grupos de apoyo para discapacitados).						
4. Me dieron información sobre los programas y servicios del sistema de escuelas públicas para niños de tres años en adelante.						
5. Mi familia recibió información sobre el papel del Consejo de Coordinación Interagencial.(ICC).						

**B. Rutinas y Actividades**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
6. Mejorar la calidad de vida de mi familia.						
7. Sentir que mis esfuerzos están ayudando a mi hijo/a.						
8. Hacer cosas con y para mi hijo/a que sean buenas para su desarrollo.						
9. Se consideraron las rutinas diarias de mi familia al planificar los servicios de mi hijo/a.						

**C. Desarrollo Infantil**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
10. Entender las necesidades especiales de mi hijo/a.						
11. Mi familia recibió información sobre cómo se desarrollan y aprenden la mayoría de los niños.						
12. Me dieron opciones con respecto a los servicios y apoyos de mi familia.						
13. Mi familia recibió información sobre el proceso de evaluación (cómo se determinan las habilidades y necesidades de mi hijo/a).						

Código de encuesta o número de I-TEAMS: \_\_\_\_\_

SALTE CUALQUIER PREGUNTA QUE NO SE APLIQUE

**D. Apoyo Familiar**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
14. Encontrar soluciones a los problemas a medida que surjan.						
15. Comunicarme más efectivamente con las personas que trabajan con mi hijo/a y mi familia.						
16. Los servicios que recibimos toman en cuenta a toda mi familia, no solo a nuestro hijo/a con necesidades especiales.						
17. Alguien del programa de intervención temprana me ayudó a ponerme en contacto con otros padres para obtener ayuda y apoyo.						

**E. Miembros del Equipo**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
18. Mi familia recibió información sobre los roles de diferentes personas en el sistema de intervención temprana.						
19. Mi coordinador de servicios es fácil de contactar.						
20. Los proveedores de servicios de intervención temprana que trabajan con mi hijo/a son confiables.						
21. Es fácil para mí hablar con los proveedores de servicios de intervención temprana que trabajan con mi hijo/a sobre mi hijo/a y mi familia.						
22. El Líder de Equipo de mi hijo encaja bien con mi familia.						
23. Me sentí parte del equipo cuando me reuní para hablar sobre mi hijo/a.						

**F. Servicios de Intervención Temprana**

Durante el año pasado, los servicios de Intervención Temprana me han ayudado a mí y/o mi familia a:	Completamente en Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	Ligero Desacuerdo	Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	Completamente de Acuerdo
24. Siento que puedo obtener los servicios y apoyos que mi hijo/a y mi familia necesitan.						
25. Conocer los derechos de mi hijo y mi familia con respecto a los servicios de intervención temprana.						
26. El programa de intervención temprana evalúa regularmente si los servicios de intervención temprana son efectivos para mi familia.						
27. Mi familia recibió información sobre a quién llamar si no estoy satisfecho con los servicios que recibe mi hijo.						

Use el reverso para comentarios

**Encuesta de seguimiento**

Por favor, háganos saber si desea hacer un seguimiento de su encuesta	Sí	No
A. Me gustaría que me llamen sobre mi encuesta o comentarios.		
B. Me gustaría compartir mis propios comentarios en una próxima reunión del Consejo de Coordinación Interagencial para Bebés y Niños Pequeños.		
C. Me gustaría que alguien leyera mis comentarios en una próxima reunión del Consejo de Coordinación Interagencial para Bebés y Niños Pequeños.		
D. Me gustaría recibir copias del boletín digital AzEIP y actualizaciones.		

Dirección de correo electrónico para el boletín informativo: \_\_\_\_\_

Comentarios:

Si tiene alguna pregunta o desea hacer comentarios por teléfono o correo electrónico, contáctenos en:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Num. de Tel. del Programa: \_\_\_\_\_, Fax: \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
 Programa de Intervención Temprana de Arizona (AzEIP por sus siglas en inglés)  
 Administrador del Programa y Coordinador de IDEA Parte C: Jenee Sisroy  
 PO Box 6123 MD 2HP1  
 Phoenix, AZ 85005-6123  
 Teléfono: 602-532-9960 • Fax: 602-200-9820 • AllAzEIP2@azdes.gov