

# 加州教育部特殊教育分部 家长调查问卷 — 特殊教育

本调查问卷针对接受特殊教育服务的学生家长。为了帮助我们努力改善向儿童及其家庭提供的服务和结果，我们邀请您分享您的孩子在过去一年中作为接受特殊教育服务学生的经历以及您作为家长的经历。您可以跳过任何您认为不适用于您或您的孩子的问题。请不要在评论意见部分分享保密信息。您分享的信息不会作为正式投诉处理或提交；如需向加州教育部（CDE）提出正式投诉，请访问网站 [www.cde.ca.gov/sp/se/qa/cmplntproc.asp](http://www.cde.ca.gov/sp/se/qa/cmplntproc.asp)，或致电 1-800-926-0648。

## 调查问卷送交说明：

如果是从您所在学区收到调查问卷，请按照学区提供的说明送回调查问卷。

所有其他纸质调查问卷，请寄回至：

Seeds of Partnership- P.O. Box 269003, Sacramento, CA 95826

在线选择：请访问网站 [www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey](http://www.seedsofpartnership.org/monitoringsurvey)，或扫描二维码

学区：	今天的日期：
您的孩子上的学校：	
您的孩子居住的县：	孩子的年龄（岁数）：
我的孩子通过县教育计划办公室接受特殊教育服务。	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否

## 孩子的主要特殊情况/残障（请仅标选一项）

- |                             |                            |                               |                                 |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 自闭症   | <input type="radio"/> 精神障碍 | <input type="radio"/> 骨科损伤    | <input type="radio"/> 创伤性脑损伤    |
| <input type="radio"/> 耳聋-失明 | <input type="radio"/> 听力障碍 | <input type="radio"/> 其他健康残障  | <input type="radio"/> 视力障碍，包括失明 |
| <input type="radio"/> 耳聋    | <input type="radio"/> 智障   | <input type="radio"/> 特殊学习障碍  |                                 |
| <input type="radio"/> 多种残障  |                            | <input type="radio"/> 言语或语言障碍 |                                 |

## 孩子的种族/族裔（请标选一项或多项）

- |                                     |                                     |                            |                            |                            |                            |                            |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 美洲印第安人或阿拉斯加土著 | <input type="radio"/> 亚裔            | <input type="radio"/> 印度人  | <input type="radio"/> 柬埔寨人 | <input type="radio"/> 中国人  | <input type="radio"/> 菲律宾人 | <input type="radio"/> 苗族人  |
| <input type="radio"/> 黑人或非裔美国人      |                                     | <input type="radio"/> 日本人  | <input type="radio"/> 老挝人  | <input type="radio"/> 韩国人  | <input type="radio"/> 越南人  | <input type="radio"/> 其他亚裔 |
| <input type="radio"/> 西班牙裔或拉丁裔      |                                     |                            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="radio"/> 白人            | <input type="radio"/> 夏威夷土著或其他太平洋岛民 | <input type="radio"/> 夏威夷人 | <input type="radio"/> 关岛人  | <input type="radio"/> 萨摩亚人 | <input type="radio"/> 塔希提人 |                            |

家长/监护人姓名（选择填写）：

电子邮件（选择填写）：

## 一般信息

- |   | 极为赞成                  | 赞成                    | 不确定                   | 不赞成                   | 极为不赞成                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. 总体而言，我的孩子在教育环境中学习和取得进步。  | <input type="radio"/> |
| 2. 学校工作人员定期就我的孩子的进步状况和相关教育活动与我进行沟通。                                       | <input type="radio"/> |
| 3. 学区/学校工作人员向家长提供可能需要的帮助，支持孩子的学习和教育活动（例如，了解孩子在学校教授的内容、让孩子参与学习的想法、资料、资源等）。 | <input type="radio"/> |
| 4. 学区/学校工作人员向我提供有关学校、学区或社区团体的信息，他们向接受特殊教育服务的学生家长提供资源或支持。                  | <input type="radio"/> |

加州教育部特殊教育分部  
家长调查问卷 — 特殊教育

极为赞成  
赞成  
不确定  
不赞成  
极为不赞成

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. 如果需要，学区/学校工作人员会解释个人化教育计划（IEP）流程和《程序保障》（保护家长权利的联邦法律）。      | <input type="radio"/> |
| 6. 如果我不同意有关我的孩子的特殊教育计划和服务决定，学区/学校工作人员会通知我相关流程 and 选择。        | <input type="radio"/> |
| 7. 我感到我可以与学区或学校工作人员分享我对我的孩子的特殊教育计划或服务的担忧，而不会对我或我的孩子产生负面影响。   | <input type="radio"/> |
| 8. 我孩子的IEP团队包括必要的参加者，例如家长、老师、服务提供者、管理员/代表。                   | <input type="radio"/> |
| 9. IEP团队考虑我对我的孩子的教育和发育的担忧和想法。                                | <input type="radio"/> |
| 10. 我的孩子接受的特殊教育评估有助于确定孩子的所有学业、发育和功能需求。                       | <input type="radio"/> |
| 11. 作为IEP程序的一部分，对我的孩子的评估报告进行了审查和解释。                          | <input type="radio"/> |
| 12. IEP团队根据我的孩子的评估结果规划IEP的目标和服务。                             | <input type="radio"/> |
| 13. IEP团队根据我的孩子的进步和缺乏进步的状况审查和修改了孩子的目标。                       | <input type="radio"/> |
| 14. IEP团队讨论了我的孩子如何参加州和学区的测试，包括将提供哪些便利和修改措施。                  | <input type="radio"/> |
| 15. 对我的孩子的安置适合孩子的教育需要（例如，普通教育班级、特殊教育班级、学习中心/资源支持等）。          | <input type="radio"/> |
| 16. 我的孩子接受支持和服务（例如，语言疗法、物理疗法或咨询、辅助技术等），其持续时间和频率在孩子最新的IEP中列出。 | <input type="radio"/> |
| 17. 我的孩子接受IEP中同意的所有教学、家庭作业和其他活动的便利和修改措施。                     | <input type="radio"/> |
| 18. 我的孩子有机会参加校内和学校赞助的课外活动。                                   | <input type="radio"/> |

**行为支持：**（如果不适用，请空下）

只有在存在影响您的孩子的学习或其他人学习的行为问题时才回答以下问题。

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19. 我的孩子获得了必要的支持，帮助解决发现的行为问题（例如，IEP中的通过干预/策略等方法进行的行为干预计划）。 | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**中学过渡计划：**（如果不适用，请空下）

只有在您的孩子在下一次IEP之前年满16岁才回答以下问题。

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20. 学区/学校工作人员向我解释了IEP过渡规划流程。   | <input type="radio"/> |
| 21. 我的孩子接受过渡计划中列出的过渡服务，这些服务将使我的孩子能够合理地达到自己的中学后目标（例如教育课程、独立/支持性生活、就业等）。 | <input type="radio"/> |

**残障英语学习者：**（如果不适用，请空下）

只有在您的孩子被归类为英语学习者（学习英语并可能会使用多种语言）时才回答以下问题。

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 22. 我的孩子接受了确定其英语语言能力的适当评估。                  | <input type="radio"/> |
| 23. 学区/学校工作人员提供英语语言发展支持，帮助我的孩子在所有需要的学术领域学习。 | <input type="radio"/> |

**评论意见：**（如果需要添加纸业，请另提交一页）