**Muestra - Encuesta SEPAG de necesidades e intereses de los participantes**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miembro de la familia con necesidades especiales: En el distrito; Fuera del distrito: Año de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El Código Administrativo de Nueva Jersey 6A: 14-1.2 (h) establece que**:

***Cada junta de educación se asegurará de que haya un grupo asesor de padres de educación especial en el distrito para brindar información al distrito sobre asuntos relacionados con los estudiantes con discapacidades.***

Algunas de las metas de un Grupo Asesor de Padres de Educación Especial (SEPAG) son:

* Proporcionar información directa sobre las políticas, programas y prácticas que impactan los servicios y apoyos para niños con necesidades especiales y sus familias.
* Aumentar la participación de las familias de niños con necesidades especiales en la formulación de recomendaciones sobre la política de educación especial.
* Asesorar sobre asuntos relacionados con la educación, la salud y la seguridad de los niños con necesidades especiales.
* Asesorar sobre las necesidades insatisfechas de los niños con necesidades especiales.

¿Tiene otras metas / ideas en mente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué espera obtener de su participación en este grupo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué horario de reuniones (hora y día) le conviene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le gustaría reunirse? Mensual Quincenal Cada dos meses  Trimestral Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le gustaría donar libros, videos, DVD y / u otros materiales para la biblioteca de nuestro grupo de padres? Sí No

¿Le gustaría formar parte del liderazgo de este grupo? Sí No

¿De qué manera está dispuesto a apoyar al grupo?

|  |  |
| --- | --- |
| • Colíder  • Anotador / Secretario  • Coordinadora de Difusión / Publicidad  • Coordinador de Anuncios | • Coordinador de redes sociales  • Coordinador del grupo de apoyo  • Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

¿Qué temas de taller le gustaría sugerir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¡Gracias por completar esta encuesta! Devuélvalo por correo electrónico a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o por correo postal a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Si tienes alguna pregunta, por favor llama \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_