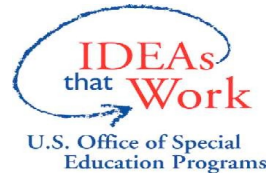




CDBS — Servicios de California para la Sordoceguera Solicitud para Apoyo Técnico ENFOCADO



CDBS proporciona tres tipos de apoyo técnico: **1. Comprensivo, 2. Enfocado, 3. Urgente**. Este formulario es solo para solicitar **TA Enfocado**. TA (Apoyo Técnico) Enfocado se realiza de forma remota / vía web o conferencia telefónica, y para una o un número limitado de reuniones.

Use el formulario de apoyo técnico **TA Comprensivo** si, en cambio, busca un compromiso más involucrado de un año o más con una vista en las transiciones entre equipos / programas. Si su solicitud de asistencia técnica cumple con los criterios para asistencia **Urgente** (es decir, pérdida repentina y significativa de la visión y / o audición, cambios significativos e inexplicables en el comportamiento o bebés que aún no reciben ningún servicio), visite la sección de asistencia urgente de nuestro sitio web o llame a Myrna Medina al 951-785-7898. Para obtener más información sobre el proceso de apoyo técnico de CDBS, consulte el documento correspondiente de Preguntas frecuentes después de este formulario.

Cuándo complete esta forma, entréguela a Servicios de California para la Sordo-ceguera.

- **Por correo electrónico:** devereux@sfsu.edu • **Por fax:** 415-338-2845
- **Por correo regular:** California Deafblind Services — San Francisco State University
Department of Special Education - 1600 Holloway Ave - San Francisco, CA 94132-4158

¿Tiene Preguntas? Contacte Myrna Medina, Especialista Familiar a través de myrnam@sfsu.edu o 951-785-7898.

Fecha de la Referencia: _____

1. Información sobre la persona que está completando esta solicitud: (La persona que hace esta solicitud también debe ser el contacto principal para el personal de CDBS): *(La agencia a continuación puede referirse a la oficina de educación del condado, distrito escolar, programa de intervención temprana o escuela no pública)*

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____
 Agencia y título si aplica o relación con el niño: _____
 Dirección de la agencia: _____
 Teléfono de la agencia: _____

2. Información sobre el niño o estudiante:

El nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____
 Nombres de los padres o tutores: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección del niño si es diferente: _____
 Otros miembros de la familia que viven con el niño y son importantes en su vida: _____

¿Cuál es el idioma preferido usado por otros en el hogar? _____

3. Información sobre la escuela a la cual el niño asiste, si esta en edad escolar:

Nombre de la escuela / o programa: _____

Salón de Clase (educación general, educación especial, no pública, etc.) _____

Nombre del maestro del salón de clase: _____

Nombre del para-educador o mediador, si aplica: _____

Agencia educativa local que opera el programa al cual el niño asiste: _____

Agencia educativa local donde el niño vive si es diferente a la anterior: _____

Indica los servicios relacionados que el niño recibe y quien ofrece cada servicio.

4. Información sobre la etiología y el diagnóstico:

¿Tiene el niño una etiología diagnosticada relacionada con la sordo-ceguera (por ejemplo, el Síndrome CHARGE, complicaciones de nacimiento prematuro, CMV, el Síndrome de Down, meningitis, etc.)? _____

¿Tiene el niño otras discapacidades además de la sordo-ceguera? _____

5. Información sobre la visión del niño:

Condición de su visión y diagnóstico, si se conoce: _____

¿Tiene el niño visión funcional? Si es así, describa lo que piensa que el niño puede ver. (Por favor, si está disponible, incluya un reporte de la visión reciente o una evaluación funcional visual.) _____

¿Usa el niño lentes, lentes de contacto o alguna tecnología de apoyo relacionada con la visión?

6. Información sobre la audición del niño:

Condición de su audición y diagnóstico si se conoce: _____

¿Tiene el niño audición funcional? Si es así, describa lo que piensa que el niño puede oír. (Por favor, si está disponible incluya un audiograma reciente o una evaluación de la audición funcional.) _____

¿Usa el niño auxiliares auditivos? ¿Tiene implante coclear? ¿Usa otros aparatos para ayudarle con la audición? _____

7. Información sobre la manera en que el niño se comunica:

Describa el modo(s) de comunicación receptiva del niño. Este podría incluir gestos, el Lenguaje de Señas Americano (ASL), comunicación con señas (por ejemplo, señas individuales o señas usando el orden del Inglés), símbolos, dispositivos con voz, tabletas, habla, objetos, etc. _____

Describa el modo(s) de comunicación expresiva del niño. Este podría incluir el habla, el Lenguaje de Señas Americano (ASL), comunicación con señas (por ejemplo, señas individuales o señas usando el orden del Inglés), símbolos, dispositivos con voz, tabletas, habla, objetos, etc. _____

¿Comunica el niño sus deseos eficazmente? ¿Sus necesidades? ¿Sus emociones? _____

¿Cuál es el idioma principal que usan las otras personas en la casa? _____

8. Información general sobre el niño:

¿Qué es lo que al niño le gusta? (por ejemplo, cosas favoritas, personas, lugares, etc.) _____

Describa las destrezas motoras gruesas y finas del niño (por ejemplo, caminar, pararse, gatear, agarrar, etc.). ¿Usa el niño equipo o dispositivos adaptativos para realizar las actividades de la vida diaria? _____

¿Hay alguna información adicional sobre el niño que sea importante y que el personal de CDBS deba conocer? _____

9. Información sobre las necesidades de apoyo técnico:

Describa las necesidades de apoyo técnico del equipo para mejorar su capacidad para implementar el programa educativo del niño (por ejemplo, preocupaciones, desafíos, prioridades). _____

Describa los resultados deseados que Ud. espera que se logren a través del apoyo técnico enfocado o comprensivo. _____