



2022-2023 Elternumfrage

Diese Umfrage richtet sich an Eltern von Kindern aus Alabama, die Leistungen im Rahmen eines Individualisierten Bildungsprogramms (IEP)/Individualisierten Familiendienstplans (IFSP) erhalten. In dieser Umfrage bezieht sich „Sonderpädagogik“ auf Dienstleistungen, die Kindern mit Behinderungen durch ein IEP/IFSP angeboten werden.

Anleitung: Wählen Sie für jedes Item nur eine Antwort aus. Ihre Umfrageantwort ist vertraulich und wird verwendet, um die Dienstleistungen für Kinder mit IEPs/IFSPs im ganzen Bundesstaat zu verbessern. Bitte füllen Sie pro Kind eine Umfrage aus.

1. Name des Schulbezirks/-systems: (Bitte greifen Sie den entsprechenden Landkreis, die Stadt oder das Charter-Schulsystem ein, in dem Ihr Kind die Schule besucht.)

Alabama Luft- und Raumfahrt	Cullman Grafschaft	Jasper-Stadt	Pickens Grafschaft
Stadt Alabaster	Dale Grafschaft	Jefferson Grafschaft	Stadt Piedmont
Stadt Albertville	Daleville Stadt	Lamar Grafschaft	Pike Grafschaft
Stadt Alexander	Dallas Grafschaft	Stadt Lanett	Stadt Pike Road
Stadt Andalusia	Stadt Decatur	Lauderdale Grafschaft	Randolph Grafschaft
Stadt Anniston	DeKalb Grafschaft	Lawrence Grafschaft	Roanoke Stadt
Arab Stadt	Demopolis Stadt	LEAD-Akademie	Russell Grafschaft
Athens Stadt	Stadt Dothan	Lee Grafschaft	Stadt Russelville
Attalla Stadt	Stadt Elba	Leeds-Stadt	Stadt Saraland
Auburn Stadt	Elmore Grafschaft	Legacy-Vorbereitung	Satsuma-Stadt
Grafschaft Autauga	Empower Gemeinschaftsschule	Akademie Life	Scottsboro Stadt
Grafschaft Baldwin	Enterprise Stadt	Limestone Grafschaft	Stadt Selma
Grafschaft Barbour	Grafschaft Escambia	Stadt Linden	Sheffield-Stadt
Bessemer Stadt	Grafschaft Etowah	Lowndes Grafschaft	Shelby Grafschaft
Grafschaft Bibb	Stadt Eufaula	Öffentliche Charta der MAEF	St. Clair Grafschaft
Birmingham-Stadt	Stadt Fairfield	Macon Grafschaft	Sumter Grafschaft
Grafschaft Blount	Fayette Grafschaft	Madison Stadt	Stadt Sylacauga
Stadt Boaz	Stadt Florenz	Madison Grafschaft	Stadt Talladega
Breakthrough Charta	Fort Payne City	Magic City Akzeptanz	Talladega Grafschaft
Stadt Brewton	Stadt Franklin	Marengo Grafschaft	Tallapoosa Grafschaft
Bullock County	Stadt Gadsden	Marion Grafschaft	Stadt Tallasse
Butler County	Geneva Stadt	Marshall Grafschaft	Stadt Tarrant
Grafschaft Calhoun	Grafschaft Geneva	Stadt Midfield	Stadt Thomasville
Chambers Grafschaft	Greene Grafschaft	Mobile Grafschaft	Troy Stadt
Cherokee Grafschaft	Stadt Gulf Shores	Monroe Grafschaft	Stadt Trussville
Chickasaw-Stadt	Guntersville Stadt	Montgomery Grafschaft	Tuscaloosa Stadt
Chilton Grafschaft	Hale Grafschaft	Morgan Grafschaft	Tuscaloosa Grafschaft
Choctaw-Grafschaft	Haleyville Stadt	Stadt Mountain Brook	Stadt Tuscumbia
Clarke Grafschaft	Hartsel Stadt	Stadt Muscle Shoals	University Charta
Clay Grafschaft	Henry Grafschaft	Oneonta-Stadt	Stadt Vestavia Hills
Cleburne Grafschaft	Stadt Homewood	Opelika Stadt	Walker Grafschaft
Coffee Grafschaft	Stadt Hoover	Stadt Orange Beach	Washington Grafschaft
Colbert Grafschaft	Houston Grafschaft	Opp stadt	Wilcox Grafschaft
Conecuh Grafschaft	Huntsville Stadt	Oxford-City	Stadt Winfeld
Coosa Grafschaft	i3 Akademie	Ozark City	Winston Grafschaft
Covington Grafschaft	Jackson Grafschaft	Pelham City	
Crenshaw Grafschaft	Jacksonville-Stadt	Stadt Pell	
Cullmann Stadt		Grafschaft Perry	
		Phenix Stadt	

2. **Geschlecht meines Kindes** weiblich männlich

3. **Rasse/Ethnizität meines Kindes: (Bitte wählen Sie eine Option.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> indianisch oder aus Alaska | <input type="radio"/> von Hawaii oder einen anderen Pazifikinsel |
| <input type="radio"/> asiatisch | <input type="radio"/> weiß |
| <input type="radio"/> schwarz- oder afroamerikanisch | <input type="radio"/> multiethnisch — zwei oder mehr Rassen |
| <input type="radio"/> Hispanisch/Latino | |

4. **Mein Kind bezieht IEP/IFSP-Leistungen primär wegen: (Bitte wählen Sie eine Option.)**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Autismus | <input type="radio"/> Orthopädische Beeinträchtigung |
| <input type="radio"/> Taubblindheit | <input type="radio"/> Andere Gesundheitsbeeinträchtigung |
| <input type="radio"/> Entwicklungsrückstand | <input type="radio"/> Spezifische Lernstörung |
| <input type="radio"/> Emotionale Behinderung | <input type="radio"/> Spezifische Lernbehinderung |
| <input type="radio"/> Hörschwäche | <input type="radio"/> Traumatische Hirnverletzung |
| <input type="radio"/> Beschränkter Intellekt | <input type="radio"/> Sehbehinderung |
| <input type="radio"/> Vielfache Behinderungen | |

5. **Note meines Kindes: (Bitte nur eine auswählen.)**

- Vorschule Stufen K-6 Stufen 7-8 Stufen 9-12

6. **Meine Rasse/Ethnizität: (Bitte wählen Sie eine Option.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Indianisch oder aus Alaska | <input type="radio"/> Von Hawaii oder einen anderen Pazifikinsel |
| <input type="radio"/> Asiatisch | <input type="radio"/> Weiß |
| <input type="radio"/> Schwarz- oder afroamerikanisch | <input type="radio"/> Multiethnisch — zwei oder mehr Rassen |
| <input type="radio"/> Hispanisch/Latino | |

7. Das „Special Education Program“ meines Kindes:

Wählen Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu jeder der folgenden Aussagen. Bitte eine Option rechts wählen.		stimme absolut nicht zu (1)	stimme nicht zu (2)	Keine Meinung (3)	stimme zu (4)	stimme völlig zu (5)
		▼	▼	▼	▼	▼
1.	Die Schule bietet Elternschulung zu Themen der speziellen Erziehung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Schule sendet mir Informationen über Aktivitäten und Workshops für Eltern zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Lehrkräfte und Verwaltungspersonal sorgen dafür, dass ich die Verfahrensgarantien (<i>die Bundesvorschriften zum Schutz der Elternrechte</i>) verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die Schule bietet mir vielfältige Möglichkeiten, mit den Lehrern zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Lehrer zeigen Bereitschaft, mehr über die Bedürfnisse meines Kindes zu erfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	IEP/IFSP-Meetings werden zu einer Zeit und an einem Ort angesetzt, die für mich günstig sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Lehrer und Administratoren ermutigen mich, am Entscheidungsprozess teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Man sieht mich bei der Planung des Programms für mein Kind auf Augenhöhe mit den Lehrern und anderen Fachleuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Schule berichtet mir regelmäßig über die Fortschritte meines Kindes im Sinne der IEP-Ziele und andere wichtige Themen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Schriftliche Informationen, die ich erhalte, werden mir verständlich zur Verfügung gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Der Schulleiter gibt in der Schule einen positiven und einladenden Ton an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der nächste Punkt sollte NUR von Eltern von Schülern mit einem sekundären Übergangsplan (normalerweise ab 16 Jahren oder in den Klassen 9-12, kann aber jünger sein) beantwortet werden:

8. Anwesenheit/Teilnahme meines Kindes an IEP:

a. Mein Kind hat an seinem/ihrem letzten IEP-Treffen teilgenommen:

Ja Nein

b. Wenn „ja“, hat Ihr Kind aktiv an seinem/ihrem letzten IEP-Treffen teilgenommen (z. B. über seine/ihre Lehrer, Lernen, Ziele, Pläne für die Zeit nach dem Abschluss usw. gesprochen)?

Ja Nein

Zusätzliche Kommentare: (Bitte geben Sie **keine** Namen [Ihren Namen, den Namen des Kindes, den Namen des Lehrers usw.] in Ihren Kommentar ein. Kommentare werden den örtlichen Koordinatoren für Sonderpädagogik zur Verfügung gestellt, um die Dienstleistungen zu verbessern.)

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.