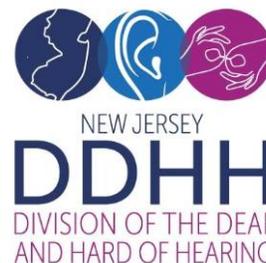




Departamento de Servicios Humanos
 División para la Sordera y Discapacidad Auditiva
**Solicitud para el Programa de
 Enseñanza del Leguaje**



El Programa de Enseñanza del Lenguaje de la División para la Sordera y Discapacidad Auditiva del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey, se asocia con el Centro de Discapacidades Sensoriales y Complejas del *College of New Jersey* para la Campaña para la excelencia lingüística y literaria (CLLE, por sus siglas en inglés). CLLE es una iniciativa estatal que se enfoca en promover el desarrollo temprano del lenguaje y la literatura en niños pequeños con sordera, discapacidad auditiva, y sordo-ciegos (recién nacidos a los 5 años de edad).

SECCIÓN 1: Complete la siguiente sección con los datos del niño.

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Mes Día Año

*Incluya una **copia** del acta de nacimiento del niño junto a esta solicitud.*

Pronombres: Ella El Ellos

Idioma(s) que usa en el hogar (seleccione lo que aplique):

Inglés: Primario Secundario

Español: Primario Secundario

Lenguaje de Señas Americano: Primario Secundario

Otro: _____ Primario Secundario

SECCIÓN 2:

1. Complete la siguiente sección en relación al padre, la madre, el guardián o el cuidador.

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección física (Línea 1): _____

Dirección física (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____

¿Es la dirección anterior la residencia primaria del niño? Marque una casilla.

Sí No

Número de teléfono primario: _____ Voz Video Texto

Número de teléfono secundario: _____ Voz Video Texto

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

2. Complete la siguiente parte relacionada al padre, madre, guardián o cuidador adicional.

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección física (Línea 1): _____

Dirección física (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____

3. ¿Tenemos permiso para ponernos en contacto con el segundo padre, madre, guardián o cuidador, si es necesario?

Sí No

4. Si su respuesta es afirmativa, complete la siguiente parte:

Número de teléfono primario: _____ Voz Video Texto

Número de teléfono secundario: _____ Voz Video Texto

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

5. ¿Le gustaría que le pusieran en contacto con otras familias del Programa de Enseñanza de Lenguaje?

Sí, me gustaría que me pusieran en contacto con otras familias del Programa de Enseñanza del Lenguaje.

No, quiero que me pongan en contacto con otras familias del Programa de Enseñanza del Lenguaje en este momento.

6. En caso afirmativo, doy mi consentimiento para que la DDHH comparta lo siguiente con otras familias:

número de contacto correo electrónico

Asumiré todos los riesgos y responsabilidades, y acepto eximir de toda responsabilidad a la División de Sordos y Hipoacúsicos de NJ y a sus empleados de cualquier reclamación, demanda, pleito, acción, recuperación, sentencia y costes y gastos relacionados que puedan surgir o resultar directa o indirectamente de estar relacionado con otra familia o familias en el Programa de Enseñanza de Idiomas.

Firma de padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma de padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3: La siguiente sección se debe completar por el proveedor referente, si aplica.

Fuente de referencia: _____

Dirección física (Línea 1): _____

Dirección física (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Nombre del contacto referente: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

SECCIÓN 4: Complete la siguiente sección en relación al programa educativo de su hijo.

1. ¿Actualmente, el niño está matriculado en un programa educativo?

Sí No No estoy seguro

2. Si está matriculado, ¿qué tipo de programa educativo? Seleccione todos los que se apliquen.

Cuidado infantil
 Pre-escuela
 Campamento de verano

- Año escolar extendido
- Otro (especificar): _____
- No estoy seguro

Nombre del programa: _____

Dirección física (Línea 1): _____

Dirección física (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Página web (si aplica): _____

Número de teléfono: _____

Nombre de persona de contacto: _____

3. Si el niño está inscrito en más de un programa, escriba la información de el/los programas adicionales.

Nombre del programa: _____

Dirección física (Línea 1): _____

Dirección física (Línea 2): _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Página web (si aplica): _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

4. ¿El niño está matriculado en Servicios de intervención temprana?

- Sí
- No
- No estoy seguro

5. Si está matriculado, ¿a qué edad se inscribió el niño en los servicios de intervención temprana? Escribir la edad en meses.

_____ meses

6. Si esta, matriculado, ¿el niño tiene un Plan de servicios de familia individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés)?

- Sí No No estoy seguro

SECCIÓN 5: Complete la siguiente sección en relación a la pérdida auditiva del niño. En esta sección, el término “tecnología auditiva” se refiere a audífonos, implantes cocleares, audífonos osteointegrados, etc.

Incluya una **copia** de un ABR actual, reporte audiológico o audiograma.

1. ¿El niño recibió un examen de audición en su primer mes de haber nacido? **NOTA:** Esto usualmente sucede antes de salir del hospital después del nacimiento.

- Sí No No estoy seguro

2. ¿Cuáles fueron los resultados del examen de audición inicial?

- Pasó Fue referido No se le hizo examen No estoy seguro

3. ¿Cuántos años tenía el niño cuando se confirmó la pérdida auditiva por un audiólogo? **NOTA:** Esto es diferente que un examen de audición como recién nacido.

- Menos de 3 meses No estoy seguro
 4-12 meses La pérdida auditiva no ha sido confirmada por un audiólogo
 Más de 12 mes

4. ¿Qué tipo de pérdida auditiva tiene el niño?

- Conductiva Más de una (ej. el oído izquierdo y derecho tiene pérdidas auditivas diferentes)
 Neurosensorial Otro
 Mixta No estoy seguro

5. ¿En qué oído tiene el niño la pérdida auditiva?

- Izquierdo Derecho Ambos

6. ¿El niño tiene tecnología auditiva?

- Sí No

7. Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántos años tenía el niño cuando recibió tecnología auditiva por primera vez?

- Menos de 3 meses
 4-6 meses

- 7-12 meses
- Más de 12 meses
- No estoy seguro

8. Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué oído usa la tecnología?

- Izquierdo
- Derecho
- Ambos

9. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tecnología auditiva usa el niño?

- Audífono
- Implante coclear
- Audífono osteointegrado (BAHA, por sus siglas en inglés)
- Otro (especificar): _____
- No estoy seguro

10. ¿Cuál opción describe mejor el nivel de audición de su hijo en el **oído izquierdo**, cuando **no** está usando tecnología auditiva?

- Típico
- Leve
- Moderado
- Moderado-Grave
- Grave
- Profundo
- Bajas frecuencias
- No estoy seguro

11. ¿Cuál opción describe mejor el nivel de audición de su hijo en el **oído derecho**, cuando **no** está usando tecnología auditiva?

- Típico
- Leve
- Moderado
- Moderado-Grave
- Grave
- Profundo
- Bajas Frecuencias
- No estoy seguro

12. ¿Cuál opción describe mejor la frecuencia con la que el niño usa la tecnología auditiva en el hogar?

- Constantemente; el niño usa la tecnología auditiva en todo momento, con la excepción de actividades que requieran quitársela
- Con frecuencia; el niño usa la tecnología auditiva la mayor parte del tiempo, con la excepción de actividades que requieran quitársela y/o la necesidad de tener descansos.
- No muy frecuente; el niño usa la tecnología auditiva cuando lo puede tolerar y/o el niño necesita descansos frecuentes.
- Casi nunca; el niño no puede tolerar la tecnología auditiva de forma consistente.
- Nunca; el niño no usa tecnología auditiva.
- El niño no ha recibido tecnología auditiva.
- No estoy seguro.

13. ¿El niño tiene algún **diagnóstico adicional confirmado** por un profesional médico?
Seleccione todos los que se apliquen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo o un retraso en el desarrollo global |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física o motriz | <input type="checkbox"/> Necesidades médicas complejas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva o de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad social o emocional | _____ |

14. ¿El padre, madre, guardián o cuidador sospechan que el niño pueda tener algún diagnóstico adicional? Seleccione todos los que se apliquen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo o un retraso en el desarrollo global |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Necesidades médicas complejas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física o motriz | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva o de aprendizaje | _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad social o emocional | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista | |

SECCIÓN 6: La siguiente sección se debe completar por el padre, madre, guardián o cuidador.

Como un solicitante del Programa de Enseñanza de Lenguaje, yo comprendo que estoy otorgando el permiso para compartir la información anterior con la Campaña para la excelencia lingüística y literaria del Centro de Discapacidades Sensoriales y Complejas del College of New Jersey. Toda la información se mantendrá confidencial dentro del Programa de Enseñanza de Lenguaje, el College of New Jersey y la Campaña para la excelencia lingüística, de acuerdo con todas las leyes de privacidad aplicables. Entiendo que si yo, como el padre, madre, guardián o cuidador, quiero retirar esta solicitud, puedo hacerlo en cualquier momento. Entiendo que debo retirar esta solicitud al mandar una carta, firmada y fechada, al Programa de Enseñanza de Lenguaje, el College of New Jersey y/o la Campaña para la excelencia lingüística y literaria. Entiendo que la rescisión entrará en efecto al momento de su recepción.

Nombre en letra imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 7: Proporcione una copia de un (1) documento de la Lista A O una copia de un (1) documento de la Lista B Y una copia de un (1) documento de la Lista C.

Lista A

Documentos que establecen identificación y que vive en el estado de NJ

Elija uno (1) de la siguiente lista

- Tarjeta de ID de NJ o Municipio
- Licencia de conducir de NJ
- ID de estudiante de NJ
- Recibo de servicios públicos, celular o internet
- Estado del seguro/ bancario
- Declaración de impuestos del año pasado
- Recibo de pago de empleador
- Recibo de arrendamiento, alquiler o hipoteca
- Carta de una agencia de seguro social
- Carta de un proveedor médico/ de salud
- Carta de una agencia gubernamental

Lista B

Documentos que establecen identificación

Elija uno (1) de la siguiente lista

- ID de estudiante de NJ
- Expediente de estudiante
- Pasaporte
- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir de otro país
- Tarjeta de ID consular
- Acta de nacimiento de su hijo con su nombre
- Carta del IRS o ITIN
- Certificado de Matrimonio
- Acta de defunción
- Documento judicial de los EE.UU.

Lista C

Documentos que establecen que viven en el estado de NJ

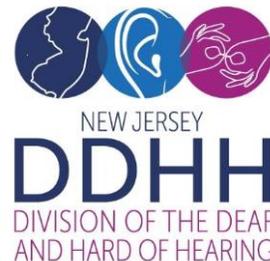
Elija uno (1) de la siguiente lista.

Una carta firmada y fechada que incluya el nombre completo y el número de teléfono de la persona escribiendo la carta, de la siguiente lista:

- Arrendatario
- Representante de lugar de adoración
- Proveedor médico
- Proveedor de servicios públicos
- Un refugio que reconoce que vive en NJ



Departamento de Servicios Humanos
División para la Sordera y Discapacidad Auditiva
**Lista de revisión de la Solicitud del
Programa de Enseñanza de Leguaje**



NOTA: Use la siguiente lista de revisión para confirmar los requisitos de la solicitud.

- Una **copia** del acta de nacimiento del niño. **(SECCIÓN 1)**
- Una **copia** del audiograma, informe audiológico o ABR del niño. **(SECCIÓN 5)**
- Firma del padre, madre, cuidador o guardián. **(SECCIÓN 6)**
- Una **copia** de UN (1) documento de la **Lista A** para establecer la identificación y adonde reside. **(SECCIÓN 7)**
 - O una **copia** de un (1) documento de la Lista B Y una **copia** de un (1) documento de la Lista C. **(SECCIÓN 7)**
- Mantenga las páginas 8-9 para sus archivos.

PRESENTE LA SOLICITUD POR MEDIO DE:

CORREO POSTAL:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
Language Instruction Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

(609) 503-4862 videollamada

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov