

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del Condado:

Directions for County Worker:

1. Antes de hacer las preguntas en este formulario, dele al cliente el formulario WTW 49 (Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje - copia del cliente) para que él o ella pueda leer las preguntas en silencio cuando usted las lea en voz alta.

Before asking the questions on this form, give the client form WTW 49 (Learning Needs Screening - Client Copy) so he or she can follow along and read the questions silently as you read them aloud.

2. Antes de hacer las preguntas en la "Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje", léale al cliente esta declaración en voz alta:

Before proceeding to the Learning Needs Screening questions on the following pages, read the following preamble aloud to the client:

PREÁMBULO:

Voy a hacerle unas preguntas acerca de sus experiencias en la escuela y acerca de su salud. Sus respuestas nos ayudarán a determinar si hay algo que se interpone con el entrenamiento y el trabajo. Sus respuestas también me ayudarán a desarrollar un plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (conocido en inglés como Welfare-to-Work) y decidir qué servicios va a necesitar para tener éxito en conseguir empleo. Es muy importante que usted responda a estas preguntas para que se le pueda colocar en las actividades apropiadas de Welfare-to-Work y pueda recibir la ayuda y los servicios que necesite para tener éxito. La intención de estas preguntas no es para determinar la existencia de una discapacidad de aprendizaje. La intención es tomar el primer paso en el proceso de evaluación.

Por favor recuerde que la mayoría de las personas con discapacidades de aprendizaje son inteligentes y muchas de ellas son superdotadas. Es probable que las personas con una discapacidad de aprendizaje tengan alguna dificultad con lo siguiente:

- Leer
- Escuchar
- Entender instrucciones
- Escribir
- Deletrear
- Matemáticas
- Organizar cosas
- Llevarse bien con los demás
- Expresar ideas en voz alta
- Poner atención

Se les puede enseñar a las personas con una discapacidad de aprendizaje a usar sus puntos fuertes y a encontrar formas de aprender mejor y tener más éxito en la escuela y en el trabajo. Yo puedo ayudar a las personas a conseguir las actividades de Welfare-to-Work adecuadas, incluyendo acomodaciones cuando ya se haya identificado una discapacidad.

Por favor recuerde que esta evaluación preliminar es una prueba muy breve y sencilla. Le ayudará a decidir si le gustaría que se le refiera a un especialista de discapacidades sobre el aprendizaje para saber si existe una discapacidad de aprendizaje. Las siguientes áreas son las que serán examinadas durante la evaluación:

- Talentos y habilidades naturales
- Habilidad para seguir información escrita y verbal
- Logros
- Interés en carrera y empleo

El especialista puede ayudar a identificar los puntos fuertes y los puntos débiles para que podamos referirlo a los servicios y las acomodaciones más apropiadas para usted. Por favor recuerde que usted tiene el derecho a solicitar una audiencia con el Estado si usted no está de acuerdo con una acción del Condado, incluyendo acciones relacionadas a las discapacidades de aprendizaje.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del Condado (Continuación):

Directions for County Worker (Continued):

3. **NEGATIVA A UNA EXAMINACIÓN PRELIMINAR O A SER EVALUADO:** Si el cliente no quiere ser evaluado, léale el formulario WTW 17 (Renuncia a una examinación preliminar y/o evaluación de CalWORKs sobre discapacidades de aprendizaje) y explíquelo la importancia y los beneficios de una examinación preliminar para discapacidades de aprendizaje y/o una evaluación sobre discapacidades de aprendizaje. No le ofrezca la renuncia en lugar de ofrecerle la examinación preliminar o la evaluación. Si el cliente todavía no quiere una examinación preliminar o no quiere ser evaluado, pídale al cliente que firme el formulario WTW 17. Guarde el formulario original en el expediente del caso y dele al cliente una copia del formulario.

REFUSAL TO BE SCREENED OR EVALUATED: If the client makes the decision to not be screened, read the WTW 17 form (Waiver of CalWORKs Learning Disabilities Screening and/or Evaluation) to the client and explain the importance and benefits of a learning disabilities screening and/or a learning disabilities evaluation. Do not offer the waiver in lieu of offering the screening or evaluation. If the client still does not want to be screened or evaluated, have the client sign the WTW 17 form. Give a copy of the form to the client and retain the original in the case file.

4. Haga cada una de las preguntas en las secciones I, II, III, y IV en la página 4.

Ask the client each question in sections I, II, III, and IV on page 4.

- Registre las respuestas del cliente marcando "SÍ" o "NO".

Record the client's responses by checking "YES" or "NO."

- Cuente el número de respuestas marcadas "SÍ" en cada sección, luego multiplique este número por el número de la sección. Por ejemplo, multiplique por 3 el número de respuestas marcadas "SÍ" en la sección III. Luego anote el resultado como el subtotal al lado del signo de igual.

Count the number of "YES" responses in each section, then multiply by the number indicated in the section. For example, multiply the number of "YES" responses obtained in Section III by 3. Then enter the result after the equal sign as the subtotal.

- Para obtener el total, sume todos los subtotales en las secciones I, II, III y IV.

To obtain a total, add the subtotals from sections I, II, III and IV.

- Si el total de las secciones I, II, III, y IV es 12 o más, refiera al cliente para una evaluación sobre discapacidades específicas de aprendizaje y documente la referencia en el expediente del caso.

If the total from sections I, II, III and IV is 12 or more, refer the client for a learning disabilities evaluation and document the referral in the case file.

5. Haga al cliente cada una de las preguntas suplementarias en la página 5, sin importar el total.

Ask the client each of the supplemental questions on page 5 regardless of the score.

- Registre las respuestas del cliente marcando "SÍ" o "NO" y llenando las partes en blanco, cuando sea apropiado.

Record the client's responses by checking "YES" or "NO" and filling in the blanks, where appropriate.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE

LEARNING NEEDS SCREENING

Instrucciones para el trabajador del condado (Continuación):

Directions for County Worker (Continued):

- Pídale al cliente que le proporcione cualquier registro de una evaluación previa de discapacidades específicas de aprendizaje, asistencia a educación especial, o condiciones médicas. Si parece que el cliente tiene problemas para obtener la información, el Condado le ayudará al cliente. El cliente firmará el documento apropiado para dar el permiso para obtener la información.

Ask the client to provide any record of a previous learning disabilities evaluation, attendance in special education, or medical conditions. If the client appears to have problems obtaining the information, the county will assist the client. The client will sign the appropriate document to grant permission to obtain the information.

- Con el consentimiento por escrito del cliente (WTW 20: Permiso para compartir información sobre discapacidades específicas del aprendizaje), envíe los registros al evaluador de discapacidades específicas de aprendizaje para su consideración.

With the client's written consent (WTW 20: Permission to Release Learning Disabilities Information), forward the records to the learning disabilities evaluator for consideration.

- Refiera al cliente (como sea apropiado) a proveedores médicos o proveedores de servicio para tratar cualquier posible preocupación de salud identificada en la página 5.

Refer the client, as appropriate, to a medical or service provider(s) to address any potential health concerns identified on page 5.

Nota: La herramienta de "Evaluación preliminar de necesidades relacionadas al aprendizaje" no es para determinar la existencia de una discapacidad de aprendizaje. Esta herramienta es solamente el primer paso en el proceso de evaluación.

Note: The Learning Needs Screening tool is not intended to determine the existence of a learning disability. It is only the first step in the evaluation process.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE

Esta evaluación preliminar es válida solamente para uso en español y no puede ser traducido a otros idiomas.

This screening tool is validated for use in Spanish only and cannot be translated into other languages.

NOMBRE DEL CLIENTE		NÚMERO DE CASO DEL CONDADO
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	TÍTULO DEL ENTREVISTADOR	FECHA DE LA ENTREVISTA

SECCIÓN I **SÍ** **NO**

1. ¿Ha tenido algún problema de aprendizaje en la secundaria?
2. ¿Tiene dificultad para trabajar de un examen en un folleto a una hoja de respuestas?
3. ¿Tiene dificultad o problemas para trabajar con números en una columna?.....
4. ¿Tiene problemas para calcular distancias?.....
5. ¿Algún miembro de su familia tiene problemas con el aprendizaje?.....

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección I _____ X 1 = _____ Subtotal Sección I

SECCIÓN II **SÍ** **NO**

6. ¿Ha tenido algún problema de aprendizaje en la escuela primaria?.....
7. ¿Tiene dificultad o problemas para combinar los símbolos de matemáticas básicas (+/x)? . .

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección II _____ X 2 = _____ Subtotal Sección II

SECCIÓN III **SÍ** **NO**

8. ¿Tiene dificultad o problemas para llenar formularios?
9. ¿Tiene dificultad para aprender números de memoria?
10. ¿Tiene dificultad para recordar cómo deletrear palabras sencillas que usted conoce?.....

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección III _____ X 3 = _____ Subtotal Sección III

SECCIÓN IV **SÍ** **NO**

11. ¿Tiene dificultad o problemas para tomar notas?.....
12. ¿Tiene problemas para hacer en su cabeza sumas o restas de números sencillos?
13. ¿Alguna vez estuvo en un programa especial o le dieron ayuda extra en la escuela?

Cuenta el número de respuestas con "Sí" en la Sección IV _____ X 4 = _____ Subtotal Sección IV

 EL TOTAL de las Secciones I, II, III, y IV: _____

Si el total es 12 o más, refiera para una evaluación más a fondo. Complete la siguiente página independientemente de la puntuación.

EVALUACIÓN PRELIMINAR DE NECESIDADES RELACIONADAS AL APRENDIZAJE (Continuación)**EDUCACIÓN:**

14. ¿Alguna vez estuvo en clases de educación especial en la escuela? SÍ NO
15. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene discapacidades de aprendizaje SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿por quién? _____ ¿Cuándo? _____
Tipo o tipos de discapacidades de aprendizaje (si se sabe): _____
16. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado o le han dicho que tiene el Síndrome de Déficit de Atención con o sin hiperactividad? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿por quién? _____ ¿Cuándo? _____

LENTES:

17. ¿Necesita o usa lentes o lentes de contacto? SÍ NO
18. ¿Tuvo su examen de la vista en los últimos dos años? SÍ NO

AUDICIÓN:

19. ¿Necesita o usa un aparato para oír? SÍ NO
20. ¿Ha tenido un examen de los oídos en los últimos 12 meses? SÍ NO

HABLA:

21. ¿Alguna vez ha ido a un terapeuta del habla o del lenguaje? SÍ NO

INFORMACIÓN MÉDICA/FÍSICA:

22. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?:
- muchas infecciones en los oídos SÍ NO
 - muchos problemas de sinusitis. SÍ NO
 - fiebres altas que duraron mucho tiempo. SÍ NO
 - diabetes (azúcar alta en la sangre). SÍ NO
 - alergias severas SÍ NO
 - muchos dolores de cabeza o migrañas SÍ NO
 - una lesión en la cabeza SÍ NO
 - convulsiones o ataques SÍ NO
 - problemas serios de salud. SÍ NO
23. ¿Está tomando algún medicamento que afecta la manera en que piensa, actúa, o siente?.. SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿qué está tomando? _____
¿Con qué frecuencia? _____
24. ¿Necesita servicios médicos o de seguimiento? SÍ NO
Se necesitan/se hicieron referencias del Condado: _____