



กระทรวงศึกษาธิการแห่งรัฐฮาวาย  
แบบสำรวจการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง –  
โรงเรียนการศึกษาพิเศษประจำปีการศึกษา 2024 - 2025

แบบสำรวจนี้เป็นการสำรวจผู้ปกครองของนักเรียนที่ได้รับการศึกษาพิเศษและบริการที่เกี่ยวข้อง คำตอบของคุณจะช่วยให้คณะกรรมการดำเนินงานของทางกระทรวงฯ ถึงวิธีการปรับปรุงบริการและผลลัพธ์สำหรับบุตรและครอบครัว แบบสำรวจนี้ใช้เวลาทำไม่เกิน 10 นาที เมื่อตอบข้อความแต่ละข้อ ให้พิจารณาถึงประสบการณ์ของคุณและประสบการณ์ของบุตรของคุณในเรื่องการศึกษาพิเศษในปีที่ผ่านมา คำตอบของคุณจะไม่นำไปเชื่อมโยงถึงบุตรของคุณ ขอขอบคุณที่กรุณาสละเวลาและให้ข้อมูลเชิงลึกกับเรา

คุณสามารถระบุว่าไม่เกี่ยวข้อง (N/A) ได้ ในกรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับคุณหรือบุตรของคุณ

หากคุณต้องการตอบแบบสำรวจผ่านระบบออนไลน์ โปรดไปที่ [www.hiparentsurvey.com](http://www.hiparentsurvey.com) คุณยังสามารถสแกนรหัส QR เพื่อเข้าถึงแบบสำรวจโดยใช้อุปกรณ์มือถือได้



ใช้ดินสอดำเท่านั้น	ระบายในวงกลมให้เต็มวง: ไม่ถูกต้อง:	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก					ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		ไม่เกี่ยวข้อง
		ไม่เห็นด้วย อย่างมาก	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก						
สิทธิของผู้ปกครอง/กรรมการ ปกป้องคุ้มครอง	1. โรงเรียนของบุตรของฉันทำให้ฉันได้เข้าใจถึงกระบวนการปกป้องคุ้มครองของการศึกษา พิเศษ (กฎเกณฑ์ที่คุ้มครองสิทธิของผู้ปกครอง)										
	การมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมของผู้ปกครอง	2. การประชุม IEP จะจัดขึ้นในเวลาที่ทั้งสองฝ่ายยินยอมร่วมกัน									
3. ฉันได้รับการปฏิบัติในฐานะผู้มีส่วนร่วมที่เทียบเท่ากับจากครูของบุตรและผู้เชี่ยวชาญ ท่านอื่น ๆ ในการวางแผนโปรแกรมการศึกษาพิเศษสำหรับบุตรของฉัน											
4. ครูของบุตรและผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ สนับสนุนให้ฉันมีส่วนร่วมในการพัฒนา IEP ของบุตรของฉัน											
5. แนวคิดและข้อเสนอแนะของฉันจะได้รับการพิจารณาในการประชุม IEP ของบุตรของฉัน											
การฝึกอบรมและข้อมูล	6. โรงเรียนของบุตรของฉันขอความเห็นว่าเป็นบุตรของฉันได้รับการศึกษาพิเศษได้ดีเพียงใด										
	7. โรงเรียนของบุตรของฉันนำเสนอข้อมูล ให้การสนับสนุน การฝึกอบรม และทรัพยากรที่จะช่วยให้ฉันมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการประชุม IEP ของบุตรของฉัน										
การสื่อสาร	8. เจ้าหน้าที่โรงเรียนจะอธิบายอย่างชัดเจนว่าบุตรของฉันจะได้รับบริการและการสนับสนุน ด้านการศึกษาพิเศษเมื่อใดและที่ใด										
	9. เจ้าหน้าที่โรงเรียนอธิบายทางเลือกที่ฉันมีหากฉันไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจของทีม IEP (เช่น พุดคุยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาประจำเขต ขอไกล่เกลี่ย ฯลฯ)										
	10. โรงเรียนของบุตรของฉันสื่อสารกับฉันเป็นประจำเกี่ยวกับความก้าวหน้าของบุตรของฉันใน เป้าหมาย IEP ประจำปีของทางโรงเรียน										
ความพึงพอใจ	11. โดยรวมแล้วบุตรของฉันกำลังเรียนรู้และมีความก้าวหน้าทางการศึกษา										



12. คุณเป็นชาวฮิสแปนิก (เช่น ชาวคิวบา ชาวเม็กซิกัน ชาวเปอร์โตริโก ชาวสเปน ชาวฮิสแปนิกเชื้อสายอื่น ๆ) ไชหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

13. ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อชาติโปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> A - อเมริกันอินเดียหรือชนพื้นเมืองอะแลสกา | <input type="radio"/> K - ชามัว   |
| <input type="radio"/> B - คนผิวดำ                               | <input type="radio"/> L - คนผิวขาว                                      |
| <input type="radio"/> C - จีน                                   | <input type="radio"/> N - อินโดจีน (เช่น กัมพูชา ลาว เวียดนาม)          |
| <input type="radio"/> D - ฟิลิปปินส์                            | <input type="radio"/> O - ชาวไมโครนีเชีย (เช่น ชุก มาร์แชลส์ โปเนเปียน) |
| <input type="radio"/> E - ชนพื้นเมืองฮาวาย                      | <input type="radio"/> P - ตองกา   |
| <input type="radio"/> G - ญี่ปุ่น                               | <input type="radio"/> Q - ชาวคาม/ชาวชามอร์โร                            |
| <input type="radio"/> H - เกาหลี                                | <input type="radio"/> R - เอเชียชาติอื่น ๆ                              |
| <input type="radio"/> I - โปรตุเกส                              | <input type="radio"/> S - ชาวเกาะแปซิฟิกอื่น ๆ                          |

14. บุตรมีเชื้อชาติหลักใช่ไหม  ใช่  ไม่ใช่

⇒ สำหรับคำถามข้อที่ 13 ข้างต้น หากคุณเลือกคำตอบมากกว่าหนึ่งข้อ โปรดใส่ตัวอักษรระบุเชื้อชาติหลักของบุตรลงในช่อง (A - S)

15. บุตรมีความพิการประเภทใด

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> กลุ่มอาการออทิซึม    | <input type="radio"/> หูตึง                                | <input type="radio"/> ความบกพร่องทางการเรียนรู้        |
| <input type="radio"/> หูหนวก               | <input type="radio"/> ความบกพร่องทางสติปัญญา               | <input type="radio"/> ความบกพร่องทางการพูดและภาษา      |
| <input type="radio"/> ภาวะตาบอดหูหนวก      | <input type="radio"/> ความพิการซ้อน                        | <input type="radio"/> การบาดเจ็บที่สมอง                |
| <input type="radio"/> ภาวะพัฒนาการล่าช้า   | <input type="radio"/> ความพิการด้านระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ | <input type="radio"/> ความพิการทางการเห็น รวมถึง ตาบอด |
| <input type="radio"/> ความบกพร่องทางการฉ้อ | <input type="radio"/> ความพิการทางสุขภาพอื่น ๆ             |  |

16. เกรดของบุตร   17. อายุของบุตรระบุเป็นปี

18. ชื่อโรงเรียน:

เช่น Pa'ia Elem, Kalakaua Middle หรือ Honoka'a High

19. โรงเรียนตั้งอยู่ในเขตใด (หากทราบ)

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Central  | <input type="radio"/> Leeward  |
| <input type="radio"/> Hawai'i  | <input type="radio"/> Maui     |
| <input type="radio"/> Honolulu | <input type="radio"/> Windward |
| <input type="radio"/> Kauai    |                                |

20. คุณพูดภาษาอังกฤษที่บ้านใช่ไหม

- ใช่  ไม่ใช่

21. หากมีการร้องขอ

ทางโรงเรียนจะจัดเตรียมล่ามภาษาให้สำหรับการประชุม IEP ของบุตรใช่หรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

