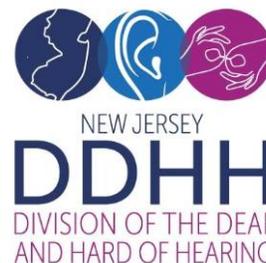




Departamento de Servicios Humanos  
 División para la Sordera y Discapacidad Auditiva  
**Solicitud para el Programa de  
 Enseñanza del Leguaje**



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). CLLL 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

**IMPORTANTE:** 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

1. ¿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.

2. 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:** 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 4:** 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.

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

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

- Conductiva
- Neurosensorial
- Mixta
- Más de una (ej. el oído izquierdo y derecho tiene pérdidas auditivas diferentes)
- Otro
- 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?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Típico         | <input type="checkbox"/> Grave             |
| <input type="checkbox"/> Leve           | <input type="checkbox"/> Profundo          |
| <input type="checkbox"/> Moderado       | <input type="checkbox"/> Bajas frecuencias |
| <input type="checkbox"/> Moderado-Grave | <input type="checkbox"/> 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?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Típico         | <input type="checkbox"/> Grave             |
| <input type="checkbox"/> Leve           | <input type="checkbox"/> Profundo          |
| <input type="checkbox"/> Moderado       | <input type="checkbox"/> Bajas Frecuencias |
| <input type="checkbox"/> Moderado-Grave | <input type="checkbox"/> 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

- No
- Ceguera o discapacidad visual
- Discapacidad física o motriz
- Discapacidad cognitiva o de aprendizaje
- Discapacidad social o emocional
- Trastorno del espectro autista
- Retrasos en el desarrollo o un retraso en el desarrollo global
- Necesidades médicas complejas
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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

- No
- Ceguera o discapacidad visual
- Discapacidad física o motriz
- Discapacidad cognitiva o de aprendizaje
- Discapacidad social o emocional
- Trastorno del espectro autista
- Retrasos en el desarrollo o un retraso en el desarrollo global
- Necesidades médicas complejas
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- No estoy seguro

**SECCIÓN 5:** 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 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 4)**
- 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](mailto:DDHH.communications2@dhs.nj.gov)