

Dear Parent/Guardian,

At J. O. Combs Unified School District, we are committed to providing a Play-based Screening at no charge to families for any preschool age child that is suspected of having a disability. If you have any concerns about your child and feel they may have a disability that requires special education, please complete this Preschool CHILD FIND SCREENING DOCUMENT and provide the available dates and times you would like to schedule a screening. Once this document is received, you will be contacted to confirm a date and time.

Please indicate your top three choices for a screening date and top three choices for a time. We will do our best to meet your first priority.

DATES (Place 1 by first choice, 2 by second choice and 3 by third choice):

	July 12, 2023
	August 9, 2023
	September 13, 2023
	October 11, 2023
	November 8, 2023
	December 13, 2023
	January 10, 2024
	February 14, 2024
	April 24, 2024
	May 22, 2024

TIMES (Place 1 by first choice, 2 by second choice and 3 by third choice):

	8:30-9:30 am
	9:45-10:45
	11:00-12:00

If you have any questions, please do not hesitate to email preschoolchildfind@jocombs.org.

Sincerely,

Jennifer Corry
Director of Student Services
JO Combs Unified School District

**JO Combs Unified School District
PRESCHOOL CHILD FIND SCREENING DOCUMENT**

Date: _____ Type of Contact: _____ Home School: _____

Child's Name: _____ DOB: _____ Sex: _____ Age: _____

Parents: _____ Phone: _____

Foster Parent Confidential

Street Address: _____

City, State : _____ Zip Code: _____ E-mail Address: _____

Primary Language of Home: _____ Child's Primary Language: _____

Language most often spoken by the child? _____

Will an interpreter be required? Yes No

Concerns regarding child:

Speech/Language

Does your child understand simple directions? Yes No

About how many words does your child say? 10 or less 10-50 50-100 100+

Is your child's speech difficult to understand? Yes No

Motor

Fine/Gross Motor Concerns? Yes No Please explain: _____

Sensory Concerns? Yes No Please explain: _____

Social/Emotional/Behavioral

Concerns? Yes No Please explain: _____

Self-Help

Concerns: (ie: drinking, eating, dressing, toileting)? Yes No

Is your child toilet trained? Yes No In process

Concerns? Yes No Please explain: _____

Vision and Hearing

Has vision and hearing been screened?

Date of vision: _____ Date of hearing: _____

Concerns: _____

Has your child been screened and/or evaluated for any concern listed above previously?

Yes No

If yes, what areas: _____ when: _____ where: _____

results: _____

Please provide JO Combs with copies of any available reports or evaluations

Name of current or previous daycare/preschool _____ Phone: _____

Is your child receiving services through DDD or AzEIP: Yes No

If yes, what services? PT OT ST Early Intervention

Estimado padre/tutor,

En el Distrito Escolar Unificado de J. O. Combs, estamos comprometidos a proporcionar una evaluación basada en el juego sin cargo a las familias para cualquier niño en edad preescolar que se sospeche que tiene una discapacidad. Si tiene alguna inquietud sobre su hijo y siente que puede tener una discapacidad que requiere educación especial, complete este DOCUMENTO DE SELECCIÓN DE BÚSQUEDA DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR y proporcione las fechas y horas disponibles en las que le gustaría programar una evaluación. Una vez recibido este documento, se le contactará para confirmar una fecha y hora.

Indique sus tres opciones principales para una fecha de proyección y las tres mejores opciones por un tiempo. Haremos todo lo posible para cumplir con su primera prioridad.

FECHAS (Lugar 1 por primera opción, 2 por segunda opción y 3 por tercera opción):

	julio 12, 2023
	agosto 9, 2023
	septiembre 13, 2023
	octubre 11, 2023
	noviembre 8, 2023
	diciembre 13, 2023
	enero 10, 2024
	febrero 14, 2024
	abril 24, 2024
	mayo 22, 2024

TIEMPOS (Lugar 1 por primera opción, 2 por segunda opción y 3 por tercera opción):

	8:30-9:30 am
	9:45-10:45
	11:00-12:00

Si tiene alguna pregunta, no dude en enviar un correo electrónico a preschoolchildfind@jocombs.org.

Sinceramente

Jennifer Corry
Director de Servicios Estudiantiles
JO Combs Distrito Escolar Unificado

JO Combs Distrito Escolar Unificado
NIÑO PREESCOLAR ENCUESTRE DOCUMENTO DE DETECCIÓN

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Padres: _____

Foster Parent Confidencial

Dirección: _____

Ciudad, Estado : _____

Idioma primario del hogar: _____

¿Idioma hablado con mayor frecuencia por el niño? _____

¿Se requerirá un intérprete? Sí No

Preocupaciones con respecto al niño:

Habla/Lenguaje

¿Su hijo entiende instrucciones simples? Sí No

¿Cuántas palabras dice su hijo? 10 o menos 10-50 50-100 100+

¿Es difícil de entender el habla de su hijo? Sí No

Motor

¿Problemas de motricidad fina/gruesa? Sí No Por favor explique: _____

¿Preocupaciones sensoriales? Sí No Por favor explique:

Social/Emocional/Conductual

¿Preocupaciones? Sí No Por favor explique: _____

Autoayuda

Preocupaciones: (es decir: beber, comer, vestirse, ir al baño)? Sí No

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? Sí No En proceso

¿Preocupaciones? Sí No Por favor explique: _____

Visión y audición

¿Se ha examinado la visión y la audición?

Fecha de visión: _____

Preocupaciones: _____

¿Su hijo ha sido examinado y/o evaluado para detectar alguna inquietud mencionada anteriormente?

Sí No

En caso afirmativo, qué áreas: _____

※Proporcione a JO Combs copias de cualquier informe o evaluación disponible※

Nombre de la guardería/preescolar actual o anterior _____

¿Su hijo está recibiendo servicios a través de DDD o AzEIP: Sí No

En caso afirmativo, ¿qué servicios? PT OT ST Intervención Temprana