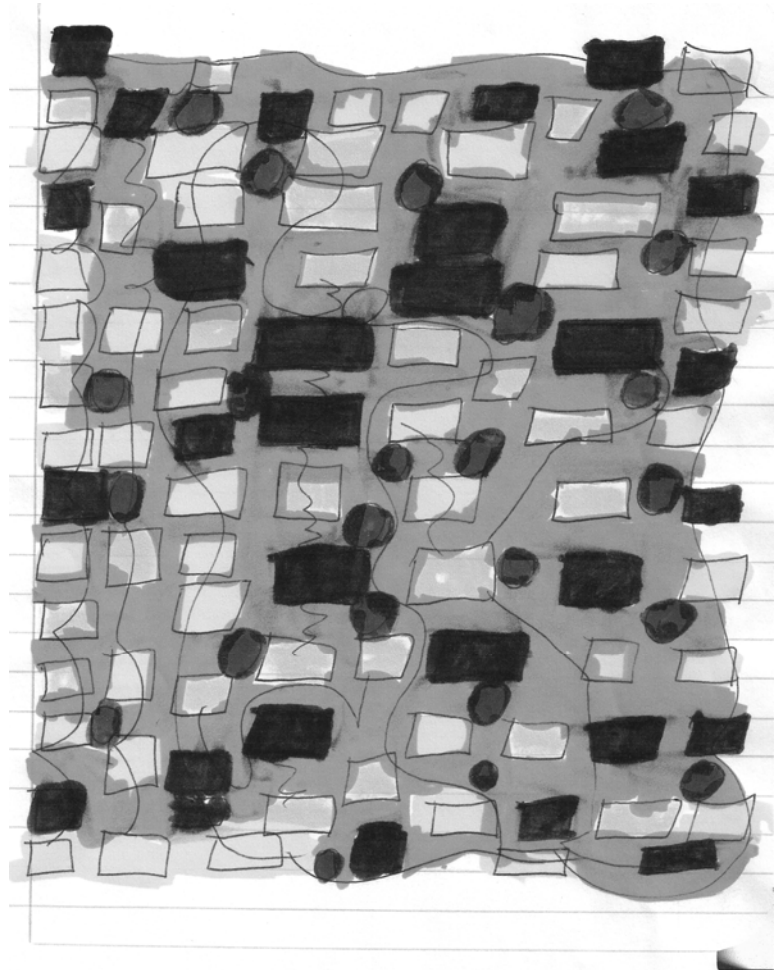


# Multicultural/Translated Resources



Artist: Maria



# Multicultural/Translated Resources

## Contents

- Multicultural and/or Translated Transition Resources
- Cuestionario de la Transición Juvenil – “A” (Youth Transition Plan)



# Multicultural and/or Translated Transition Resources

## Tips for Transition Planning (information handout)

Spanish and English

Description: This handout provides basic information about transition planning.

Available from: PACER Center, Inc.  
1-888-248-0822  
<http://www.pacer.org/publications.htm>  
Order code: PHP-c80s

Price: Free (up to 50); 50+, \$.50 each

## Go for Your Dream (video)

Hmong (with English caption)

Description: Features Hmong students and adults with disabilities and their parents speaking about their transition experiences and their hopes for the future. Rental fee can be applied toward purchase.

Available from: PACER Center, Inc.  
1-888-248-0822  
<http://www.pacer.org/publications/multicultural.htm>  
Order code: VID-26

Price: \$35.00; Rental, \$10.00

## Transition Planning Timeline

Spanish and English

Description: This is a one-page graphic description of the process for planning for transition from age 14 through graduation.

Available from: The CORE Project  
1324 N. Liberty Lake Road  
Liberty Lake, WA 99019  
[core@projectcore.org](mailto:core@projectcore.org)  
1-800-5727368  
<http://www.projectcore.org/corematerials.html>

## Family/Educator Guide to Washington's Special Education Services: Transition Services (section in guidebook)

Spanish, Russian, Cambodian, Vietnamese, Korean and English

**Description:** The Guide provides comprehensive information about special education services in WA State. It is written for families and for educators in an easy-to-read format. The section on Transition Services (pages 45-53) describes transition in early education and at the secondary level. It contains information on What to Expect, Questions to Ask, and Things to Do Together (from the viewpoint of families and the viewpoint of educators).

**Available from:** Family Educator Partnership Project  
1-888-754-8798  
<http://www.arcwa.org/fepppublications.htm>

**Price:** Free

## Transition Timeline for Children and Adolescents with Special Health Care Needs (information handout)

Spanish, Russian, Chinese, Vietnamese and English

**Description:** There are two transition timelines – one for developmental disabilities/delay and one for chronic illnesses/physical disabilities. The timelines are printed on 11-inch by 17-inch paper and folded in the middle to make 4 pages. The front page describes transition over time; the inside two pages have a graphic timeline along the bottom of the pages and contain information on parent-child interactions to encourage independence from birth through age 21; the back page contains services and contacts (and their contact information) to consider to help make transition smooth.

**Available from:** Adolescent Health Transition Project  
206-685-1358  
<http://depts.washington.edu/healthtr/>

**Price:** Free

## Transition, the Passage between Youth and Adulthood (Guidebook)

Spanish and English

Description: A guide to the services and information that can make transition a success for young people with disabilities.

Available from: The Advocacy Center in Florida

English version:

<http://www.advocacycenter.org/documents/Transition2003/Transition-AdvocacyCenter.pdf>

Spanish version:

<http://www.advocacycenter.org/documents/Transition2003/TransitionSpanish.pdf>

## Coming of Age

Spanish and English

Description: This brief describes the Age of Majority – the age when a person acquires all the rights and responsibilities of being an adult – and what this means for youth, young adults and families in Washington State. The age of majority in Washington State is age 18.

Available from: The CORE Project

1324 N. Liberty Lake Road

Liberty Lake, WA 99019

core@projectcore.org

1-800-5727368

<http://www.projectcore.org/corematerials.html>

## Ticket to Work

Spanish and English

Description: This brief describes the Ticket to Work Social Security Program in Washington State.

Available from: The CORE Project

1324 N. Liberty Lake Road

Liberty Lake, WA 99019

core@projectcore.org

1-800-5727368

<http://www.projectcore.org/corematerials.html>

## Ticket to Work for Adolescents

Cambodian (CA), Korean (KO), Laotian (LA), Russian (RU), Somalian (SO), Spanish (SP), Vietnamese (VI), and English

Description: This brochure describes the Ticket to Work Social Security Program in Washington State.

Available from: Washington State Department of Printing  
<http://prt.wa.gov>  
Click on "Online Ordering" then click on "General Store."  
This takes you to the "Welcome" page. Click on "I'm New."  
This takes you to the "Shopper Registration" page. Fill out the Registration Information and click on "Register."  
This takes you to the "Store Lobby" page. Click on "Brochures."  
This takes you to the "Brochures" page. Click on the brochure number for the language you want: 22-640X (English), 22-640XCA, 22-640XKO, 22-640XLA, 22-640XRU, 22-640XSO, 22-640XSP, and 22-640XVI. From here follow the directions for ordering the brochure.

## Healthy Transition New Mexico Youth Transition Plan

Spanish and English

Description: This is a checklist for youth in transition to assist providers and families in knowing what skills and knowledge the youth needs to acquire before entering adulthood. Areas covered include health/medical, daily living, education/training/employment, living arrangements, transportation, recreation/social relationships.

Available from: New Mexico Children's Medical Services  
877-890-4692

Spanish version:  
[http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM\\_CMS\\_Transition\\_Plan\\_Spanish.doc](http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM_CMS_Transition_Plan_Spanish.doc)

English version:  
[http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM\\_CMS\\_Transition\\_Plan\\_English.doc](http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM_CMS_Transition_Plan_English.doc)

# Transición de la Salud en Nuevo México

## Cuestionario de la Transición Juvenil—“A”

Este cuestionario le ayudará a prepararse para el futuro. Algunas de estas preguntas no están relacionadas con Ud. Por favor conteste las que están relacionadas con usted. Gracias

Nombre del/ de la Joven	Fecha	Número de CMS
Fecha de Nacimiento: _____	Código Postal: _____	_____

Condición de Salud/ Diagnósis: \_\_\_\_\_

Cuestionario hecho por:  El/ La Joven  El/ La Joven y Padres de Familia/ Tutor

### Salud/ Médica

1.	Conocimiento y manejo de la condición de salud (marque lo apropiado)	Siempre (Sí)	Algunas Veces	Nunca (No)	No se aplica
	¿Puede Ud. describir sus problemas de salud?				
	¿Tiene Ud. un Médico de Cuidado Primario (PCP) a quien Ud. visita regularmente?				
	¿Su Médico de Cuidado Primario habla/ ha hablado sobre su condición médica con Ud.?				
	¿Se prepara y le hace preguntas Ud. a doctores, enfermeras y terapeutas?				
	¿Sabe a que edad Ud. va a dejar de ver a su proveedor de cuidado de la salud?				
	¿ Ud. maneja sus necesidades de tratamientos diarios?				
	¿ Alguien ha hablado con usted sobre su medicamento?				
	¿ Entiende Ud. lo que el medicamento hace por/ para usted?				
	¿ Puede Ud. obtener el medicamento, provisiones, equipo, y terapias necesarias?				
	¿ Entiende Ud. la información del laboratorio y los análisis médicos que le han hecho?				
	¿ Sus necesidades médicas son satisfactorias?				
	¿ Sabe Ud. su tipo de sangre, alergias, etc., y lleva la información consigo?				
	¿ Sabe Ud. cuando reemplazar equipo médico o provisiones?				
	¿ Usa usted drogas ilegales, o alcohol como cerveza, vino u otro licor?				
	¿ Tiene usted un Doctor Especialista a quien Ud. visita regularmente?				

¿ Usa Ud. una pulsera o collar de alerta médica?				
¿ Le ha hablado alguien sobre como la condición de su salud va a afectar su desarrollo sexual y tener hijos?				
¿ Le ha hablado alguien sobre enfermedades que uno puede contraer por tener relaciones sexuales?				
¿ Entiende Ud. como prevenir el embarazo?				
<b>Mujeres Solamente:</b> ¿Ud. se examina por nódulos en los senos una vez al mes?				
<b>Varones Solamente:</b> ¿Se examina por nódulos en los testículos una vez al mes?				

**Vida Diaria**

2. Esta es una lista de actividades diarias. Por favor marque lo que hace.

Actividad	Marque aquí
Pasar tiempo con la familia	
Pasar tiempo con amigos	
Ir a comprar la comida	
Ir a la iglesia	
Ir a eventos deportivos, películas, conciertos	
Jugar deportes o trabajar con grupos de deportes	
Tocar instrumentos musicales/ hacer cosas artísticas	
Hacer pasatiempos (leer, coser, etc.)	
Usar tabaco (fumar/ masticar)	
Hacer ejercicio	
Usar drogas/ alcohol	
Manejar un automóvil	
Hacer trabajos en casa (lavar ropa, cocinar, limpiar)	
Manejar mi propio dinero	
Usar la biblioteca	
Otros: (por favor describa):	

3.

¿Hace las siguientes actividades solo(a), con ayuda o asistencia completa?	Solo(a)	Con Ayuda	Asistencia Completa
Caminar o moverse <input type="checkbox"/> usar silla de ruedas <input type="checkbox"/>			
Moverse (como de la silla a un banco)			
Comunicarse y hablar			
Escribir			
Cuidado personal (bañarse, vestirse, ...)			
Cuidado para sus necesidades de la salud diaria			
Usar equipo especial no uso nada <input type="checkbox"/>			
Tomar medicamento no tomo nada <input type="checkbox"/>			

Saber cuando está saludable o se va a enfermar			
Saber como tener acceso a servicios en la comunidad			
Usar transporte público (camión) no está disponible en el área <input type="checkbox"/>			
Otros: (por favor díganos)			

**Empleo/ Educación/ Entrenamiento** Por favor conteste sí o no y llene los espacios necesarios.

4. ¿Quién le ha hablado a Ud. acerca de su futuro, tal como : obtener un trabajo, entrenamiento para un trabajo, la universidad, etc.? Por favor, marque todos los que se aplican.

	Entrenamiento de Trabajo/ universidad, vocacional, aprendiz	Conseguir un empleo	Obtener cuidado médico apropiado para mi edad	Vivir solo(a)
Miembro(s) de familia				
Escuela				
Proveedores de Cuidado Médico				
DVR (Departamento de rehabilitación vocacional)				
CMS (Servicios Médicos para Niños)				
Amigos/ Personas en la comunidad (clubes, vecinos)				
Organizaciones de ayuda como Caridades Católicas)				
Otros (Por favor mencione)				

5. ¿ Usted participa en su Plan de Educación Individual (IEP) y/o en el Plan 504?  Sí  No

6. ¿ Está en la escuela o en un programa de entrenamiento?  Sí  No

¿ Usted recibe los servicios recomendados?  Sí  No

7. ¿Cuál es su último grado, año de universidad o entrenamiento que Ud. terminó?

<input type="checkbox"/> Secundaria/ Preparatoria	<input type="checkbox"/> Grado	<input type="checkbox"/> Universi- dad	Año
<input type="checkbox"/> Otro (por favor menciónelo)			

8. ¿ Tiene planes para continuar con la escuela y/o el entrenamiento en los pocos años venideros?  
 Sí, por favor mencione:  No  No Sé

9. ¿ Trabaja actualmente (incluyendo trabajo voluntario)?  Sí  No

	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial
--	--	---

10. ¿ Necesita alguna ayuda especial en el trabajo?  Sí  No

Si dice que sí, ¿cuál es?

**Arreglos de Vivienda**

11. ¿Dónde planea vivir de adulto?  
 a. Rentar casa/departamento     b. Con padres/ familiares     c. Con esposa(o)  
 d. Compra de casa/ departamento     e. Con amigos     f. Casa/ departamento con apoyo  
 g. Otro (díganos, por favor) \_\_\_\_\_
12. ¿Que clase de ayuda necesitaría para vivir donde Ud. quiere?  
 a. Ninguna     b. Financiera     c. Asistencia/ ayuda personal  
 d. Transporte     e. Esposo(a)/amigo(a)     f. Equipo para la casa  
 g. Otro (díganos, por favor) \_\_\_\_\_

**Transporte**

13. ¿Qué clase de transporte usa/ planea usar para trasladarse en la comunidad?  
 a. Automóvil propio     b. Automóvil de la familia     c. Amigos/ familia  
 d. Camión de pasajeros     e. Caminar     f. Taxi  
 g. Manejar en grupos     h. Otro (díganos, por favor) \_\_\_\_\_

**Recreación/Relaciones Sociales**

14. ¿Qué clase de ayuda necesita para participar en actividades sociales?  
 a. Amigos/ compañía     b. Aparatos/ equipos especiales     c. Transporte  
 d. Otro (díganos, por favor): \_\_\_\_\_
15. ¿Es usted miembro de algún grupo como el Club de Niños/ Niñas o grupo de ayuda como Adultos Jóvenes con Diabetes o un grupo de la iglesia?  
 Por favor mencione:  Sí     No
16. ¿Quiere usted información de grupos con los cuales Ud. se podría involucrar?  Sí     No

17. <b>Emergencias</b> <b>(Marque lo apropiado)</b>	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)	No se aplica
¿Sabe Ud. a quien llamar cuando tiene una emergencia médica?				
¿Lleva Ud. estos números de teléfono consigo?				
¿Tiene Ud. un teléfono para usar en caso de una emergencia?				
¿Tiene Ud. números de teléfono de amigos y familia para llamar en una emergencia?				
¿Sabe Ud. donde está el hospital más cercano?				
¿Ha Ud. hecho la solicitud para programas especiales en la compañía de servicios (agua, luz, teléfono)?				

20.	<b>Mantenimiento de información (Marque lo apropiado)</b>	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)	No se aplica
	¿Consigue Ud. copias de su información médica y de salud?				
	¿Hace Ud. sus propias citas médicas con el doctor/ el dentista?				
	¿Lleva Ud. su tarjeta del seguro y/o una copia de ella consigo?				

21.	<b>Dental y Vista (Marque lo apropiado)</b>	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)
	¿Tiene Ud, un chequeo dental por lo menos una vez al año?			
	¿Ud. se cepilla los dientes y usa el hilo dental diariamente?			
	¿Tiene Ud. un examen de la vista por lo menos cada dos años?			

**Preguntas Finales**

¿Qué es lo que más le ayudaría en su futuro?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento de trabajo    | <input type="checkbox"/> Recreación en la comunidad | <input type="checkbox"/> Consejería           |
| <input type="checkbox"/> Educación en la universidad | <input type="checkbox"/> Vivienda                   | <input type="checkbox"/> Grupos de asistencia |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico               | <input type="checkbox"/> Tener trabajo              | <input type="checkbox"/> Manejar dinero       |
| <input type="checkbox"/> Modificar el automóvil      | <input type="checkbox"/> Licencia para manejar      | <input type="checkbox"/> Transporte           |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de vida          | <input type="checkbox"/> Servicios médicos          |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (haga una lista) _____ |   |   |

**Su trabajadora social de CMS hablará con usted de este cuestionario**

Si este cuestionario le ha traído preguntas o inquietud, por favor comuníquese con su trabajador (a) social de CMS

\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.

Source: New Mexico Children’s Medical Services  
 Accessed: June 2005  
[http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM\\_CMS\\_Transition\\_Plan\\_Spanish.doc](http://www.hrtw.org/tools/documents/ANM_CMS_Transition_Plan_Spanish.doc)

