|  |
| --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** |
| **\*Respuesta obligatoria** |
| **\*Tipo de programa:** UCEDD |
| **\*Año fiscal: 2023** |
| **\*Función básica: Servicios clínicos directos/servicios modelo** |
| **Relacionado con el COVID-19: 🞎** |
| **\*Título de la actividad:**  |
| **Breve descripción de la actividad** *(Este campo puede utilizarse para proporcionar breves datos explicativos (hasta 50 palabras) sobre la actividad que se informa en este registro).*  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Participación del personal**  |
| *(Indique el nombre y el apellido de todos los miembros del personal que participaron en la realización de esta actividad).* |
|  |
| **Nombre de la clínica**  |
| **Número de personas no duplicadas atendidas**  |
| *(En el caso de los Centros Universitarios para la Excelencia sobre las Discapacidades del Desarrollo [UCEDD, por sus siglas en inglés], esta es la medida de resultado inicial: Número de personas que reciben servicios especializados de los UCEDD para mejorar el bienestar y la situación del beneficiario).* |
|  |
| A partir de la versión FY07 del NIRS, la información sobre la raza y la etnia se recoge de forma coherente con las categorías del censo de los Estados Unidos. Proporcione información sobre la raza y la etnia. |
|  |
| **Raza de las personas atendidas** (indique el número para todo lo que corresponda) |
|  Blanco |  Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico (incluye a los nativos de Hawái, los guameños o los chamorros, los samoanos y otros isleños del Pacífico) |
|  Negro o afroamericano |
|  Nativo americano o nativo de Alaska |
| Tribu:  |  El término Más de una raza incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales |
|  Asiático (incluye a los indios asiáticos, chinos, |
| filipinos, japoneses, coreanos, vietnamitas y otros asiáticos) |  El término No se ha registrado se utiliza para las personas que no se identifican con las categorías |
|  |
| **Etnia de las personas atendidas** *(indique el número para todo lo que corresponda)* |
|  Hispano No Hispano No se ha registrado |
|  |
| **Edad de las personas atendidas** *(indique el número para todo lo que corresponda)* |
|  |  | Mujeres embarazadas (todas las edades) |  | Bebés con necesidades especiales de atención médica de menos de 1 año |
|  |  | Bebés de menos de 1 año |  | Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica de 1 a 25 años |
|  |  | Niños de 1 de 12 años |  | Mujeres mayores de 25 años |
|  |  | Adolescentes de 12 a 18 años |  | Hombres mayores de 25 años |
|  |  | Jóvenes adultos de 18 a 25 años |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **\*Área de énfasis** *(marque una opción)* |
| Áreas enumeradas en la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos para Personas con Discapacidades del Desarrollo (DD, por sus siglas en inglés): |
|  | ⭘ | Actividades de garantía de calidad | ⭘ | Educación e intervención temprana |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el cuidado de niños | ⭘ | Actividades relacionadas con la salud |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el empleo | ⭘ | Actividades relacionadas con la vivienda |
|  | ⭘ | Actividades relacionadas con el transporte | ⭘ | Actividades relacionadas con el ocio |
|  |  |  |  |  |
| Áreas no enumeradas en la Ley DD: |
|  | ⭘ | Actividades de calidad de vida | ⭘ | Otro (Tecnologías de apoyo) |
|  | ⭘ | Otro (Diversidad cultural) | ⭘ | Otro (Liderazgo) |
|  | ⭘ | Otro (especifique): |  |  |

|  |
| --- |
| **Satisfacción del cliente** |
| **\*¿El Centro encabezó esta actividad?** |
|  | ⭘ | Sí *(En caso afirmativo, introduzca los resultados* de la encuesta a continuación*).* |
|  | ⭘ | No |
|  |
|  | Número total de encuestados |  |  |
|  |
| Indique el número total que respondió: |
|  | Totalmente de acuerdo |  |  | En desacuerdo |  |  |
|  | De acuerdo |  |  | Totalmente en desacuerdo |  |  |
|  |
| **\*Todas las agencias que colaboran en el trabajo de la actividad** (debe marcar todas las opciones que correspondan) |
| *(Se puede indicar el nombre de la/s agencia/s en el espacio previsto)* |
|  | 🞎 | No aplica/no hay agencia colaboradora |
|  | 🞎 | Agencia estatal del Título V  |  |  |
|  | 🞎 | Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella |  |  |
|  | 🞎 | Departamento de Salud del Estado |  |  |
|  | 🞎 | Programas clínicos/hospitales  |  |  |
|  | 🞎 | Salud de los adolescentes del estado |  |  |
|  | 🞎 | Otro programa relacionado con la salud |  |  |
|  | 🞎 | Seguro médico/organización de atención administrada |  |  |
|  | 🞎 | Medicaid  |  |  |
|  | 🞎 | Consejo de Discapacidades del Desarrollo |  |  |
|  | 🞎 | Agencia de protección y defensa (P&A) |  |  |
|  | 🞎 | Otro UCEDD |  |  |
|  | 🞎 | Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños |  |  |
|  | 🞎 | Programas Head Start/Head Start de Educación Temprana |  |  |
|  | 🞎 | Educación especial estatal/local (3-21) |  |  |
|  | 🞎 | Educación general estatal/local |  |  |
|  | 🞎 | Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad) |  |  |
|  | 🞎 | Empleo/rehabilitación profesional |  |  |
|  | 🞎 | Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo |  |  |
|  | 🞎 | Servicios sociales estatales/locales |  |  |
|  | 🞎 | Organización para el cuidado de los ancianos |  |  |
|  | 🞎 | Agencia de salud (pública/privada) |  |  |
|  | 🞎 | Agencia para la salud mental/abuso de sustancias |  |  |
|  | 🞎 | Agencia/proveedor de vivienda |  |  |
|  | 🞎 | Agencia de ocio |  |  |
|  | 🞎 | Agencia de transporte |  |  |
|  | 🞎 | Organización de proveedores |  |  |
|  | 🞎 | Organización de consumidores/defensa |  |  |
|  | 🞎 | Coalición estatal/local |  |  |
|  | 🞎 | Organismo legislativo |  |  |
|  | 🞎 | Organización judicial/legal |  |  |
|  | 🞎 | Organización comunitaria o religiosa |  |  |
|  | 🞎 | Asociación nacional |  |  |
|  | 🞎 | Organización independiente de investigación o políticas |  |  |
|  | 🞎 | Fundación |  |  |
|  | 🞎 | Otro |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **\*Afiliación al proyecto** |
|  | 🞎 | No procede/ningún proyecto afiliado |
|  |  | Proyecto afiliado principal. Indique el título:  |
|  |  | Proyecto afiliado secundario. Indique el título:  |
|  |
| **\*Duración** *(Informe según la hora completa más cercana):*  |
|  | 🞎 | No procede |
|  |  |  | 🞎 ¿Actividad recurrente? |
|  |  | Fecha de la actividad  | *(En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)* |
|  |  | *(mm/dd/aaaa)* |
|  |