|  |
| --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** |
| *Para informar sobre la difusión de productos, utilice la herramienta de difusión de productos disponible en el menú desplegable del conjunto de datos Productos (Productos > Difusión de productos).* |
| **\*Respuesta obligatoria** |
| **\*Tipo de programa:** |
| ¨ UCEDD ¨ LEND ¨ LEAH ¨ PPC ¨ DBP |
| **\*Año fiscal: 2023** |
| **\*Función básica:**  **Desarrollo de productos y difusión de información** |
| **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).* |
| **\*Tipo de actividad** *(seleccione una opción)* |
| ¡ Diseminación ¡Adquisición de habilidades ¡Cambio sistémico |
| **\*¿Esta actividad aborda las necesidades de los jóvenes con necesidades especiales de atención médica de pasar a recibir atención médica para adultos?** |
|  | ¡ | Sí | ¡ | No |
| **\*¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando que los jóvenes con necesidades especiales de atención médica pasen a recibir atención médica para adultos?** |
|  | ¡ | Asistencia técnica | ¡ | Seguimiento/vigilancia |
|  | ¡ | Capacitación | ¡ | Evaluación/examinación |
|  | ¡ | Desarrollo de productos | ¡ | Remisión/coordinación de la atención |
|  | ¡ | Investigación/publicaciones revisadas por pares | ¡ | Servicio directo |
|  | ¡ | Diseminación/difusión de información/educación | ¡ | Iniciativas para mejorar la calidad |
|  |  |  |  |  |
| **\*¿Esta actividad promueve o facilita la evaluación y el seguimiento del desarrollo en su programa?** |
|  | ¡ | Sí | ¡ | No |
| **\*¿A través de qué procesos está promoviendo o facilitando la evaluación y el seguimiento del desarrollo en su programa?** |
|  | ¡ | Asistencia técnica | ¡ | Seguimiento/vigilancia |
|  | ¡ | Capacitación | ¡ | Evaluación/examinación |
|  | ¡ | Desarrollo de productos | ¡ | Remisión/coordinación de la atención |
|  | ¡ | Investigación/publicación revisada por pares | ¡ | Servicio directo |
|  | ¡ | Diseminación/difusión de información/ educación | ¡ | Iniciativas para mejorar la calidad |
|  |  |  |  |  |
| **\*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 tiempo libre |
|  |  |  |  |  |
| Áreas no enumeradas en la Ley DD: |
|  | ¡ | Actividades de calidad de vida | ¡ | Otro (Diversidad cultural) |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ¡ | Otro (especifique):  | ¡ | Otro (Liderazgo) |
|  | ¡ | Otro (Tecnologías de apoyo) |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **\*Tipo y número de participantes** *(indique el número de todos los que corresponda)* |  |
| Pasantes |  |  |
| Otros estudiantes en el aula |  |  |
| Profesionales y para profesionales |  |  |
| Familiares/cuidadores |  |  |
| Adultos con discapacidades |  |  |
| Niños/adolescentes con discapacidades/necesidades especiales de atención médica |  |  |
| Legisladores/responsables de políticas |  |  |
|  |  | Comunidad/local |  |
|  |  | Socios estatales/nacionales |  |  |
| Público en general/miembros de la comunidad |  |
| Socios locales/comunitarios |  |  |
| Socios estatales/nacionales |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **\*Agencias que colaboran en el trabajo de la actividad** |
|  | ¨ | No aplica/no hay agencia colaboradora |
|  |  |  |
| **\*Agencia principal que colabora en el trabajo de la actividad** *(Seleccione una opción)* |
|  | ¡ | Agencia estatal del Título V | ¡ | Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo |
|  | ¡ | Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella | ¡ | Servicios sociales estatales/locales |
|  | ¡ | Departamento de Salud del estado | ¡ | Organización para el cuidado de los ancianos |
|  | ¡ | Programas clínicos/hospitales | ¡ | Agencia de salud (pública/privada) |
|  | ¡ | Salud de los adolescentes del estado | ¡ | Agencia para la salud mental/abuso de sustancias |
|  | ¡ | Otro programa relacionado con la salud | ¡ | Agencia/proveedor de vivienda |
|  | ¡ | Seguro médico/organización de atención administrada | ¡ | Agencia para el tiempo libre |
|  | ¡ | Medicaid | ¡ | Agencia de transporte |
|  | ¡ | Consejo de Discapacidades del Desarrollo | ¡ | Organización de proveedores |
|  | ¡ | Agencia de protección y defensa (P&A) | ¡ | Organización de consumidores/defensa |
|  | ¡ | Otro UCEDD | ¡ | Coalición estatal/local |
|  | ¡ | Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños | ¡ | Organismo legislativo |
|  |  | ¡ | Organización judicial/legal |
|  | ¡ | Head Start/Early Head Start | ¡ | Organización comunitaria o religiosa |
|  | ¡ | Educación especial estatal/local (3-21) | ¡ | Asociación nacional |
|  | ¡ | Educación general estatal/local | ¡ | Organización independiente de investigación o políticas |
|  | ¡ | Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad) | ¡ | Fundación |
|  |  | ¡ | Otro |
|  | ¡ | Empleo/rehabilitación profesional |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **\*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) |  |
|  | ¨ | 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 |  |  |
|  | ¨ | Head Start/Early Head Start |  |  |
|  | ¨ | 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 para el tiempo libre |  |  |
|  | ¨ | 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 aplica/no hay proyecto afiliado |
|  |  | Proyecto afiliado principal. Indique el título: |
|  |  | Proyecto afiliado secundario. Indique el título: |
| **\*Duración** (Informe según la hora completa más cercana):  |
|  | ¨ | No aplica |
|  |  | Fecha de la actividad  |
|  |  | *(mm/dd/aaaa)* |
|  |  | *En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad.* |
|  | ¨ | ¿Actividad recurrente? |
|  |  |  |