|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Respuesta obligatoria** | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Tipo de programa:** UCEDD | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Año fiscal: 2023** | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Función básica: Educación continua/capacitación comunitaria** | | | | | | | | | | | | | |
| **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).* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*El público objetivo principal es/está** *(seleccione una opción)***:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Local | | ⭘ | Tribal | | | | ⭘ | Nacional | | | |
|  | ⭘ | Título V | | ⭘ | Otro estado | | | | ⭘ | Internacional | | | |
|  | ⭘ | Dentro del estado | | ⭘ | Regional | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Método de capacitación** *(seleccione una opción)***:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Presentación/seminario | | ⭘ | Audioconferencia | | | | ⭘ | Otro | | | |
|  | ⭘ | Taller/conferencia | | ⭘ | Videoconferencia | | | |  |  | | | |
|  | ⭘ | Curso por Internet | | ⭘ | Curso presencial o en vivo | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*¿Se ofrece en persona, a distancia o de modo mixto?** *(seleccione una opción)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | En persona | | ⭘ | A distancia | | | | ⭘ | Modo mixto | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*¿Se ofrecen certificados de finalización o CEU (unidades de educación continua) (o sus equivalentes)?** *(seleccione “sí” para la educación continua; seleccione “no” para la capacitación comunitaria)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Sí | | | | | ⭘ | No | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Tipo de actividad** *(seleccione una opción)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Actividades de promoción | | ⭘ | Creación de capacidades | | | | ⭘ | Cambio sistémico | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*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): | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Tipo y número de participantes** *(indique el número de todos los que corresponda)* | | | | | | | | | | | | | |
| Pasantes | | |  | | | Niños/adolescentes con discapacidades/necesidades especiales de atención médica | | | | |  | |  |
| Otros estudiantes en el aula | | |  | | | Legisladores/responsables de políticas | | | | |  | |  |
| Profesionales y para profesionales | | |  | | | Público en general/miembros de la comunidad | | | | |  | |  |
| Familiares/cuidadores | | |  | | | Socios locales/comunitarios | | | | |  | |  |
| Adultos con discapacidades | | |  | | | Socios estatales/nacionales | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Medida de resultado inicial** | | | | | | | | | | | | | |
| *Para las personas que reciben capacitaciones periódicas y continuas, porcentaje que informa de un aumento de los conocimientos adquiridos:* | | | | | | | | | | | | | |
| • *en el área de énfasis O* | | | | | | | | | | | | | |
| • *en el tema de capacitación en el área de énfasis* | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| *Nota: si se trata de una actividad de educación continua (se ofrecen certificados de finalización o CEU [o sus equivalentes]), no es necesario completar esta sección y debe marcar No procede a continuación.* | | | | | | | | | | | | | |
| Número total de encuestados | | |  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el número total que respondió: | | | | | | | | | | | | | |
| Totalmente de acuerdo | | |  |  | En desacuerdo | |  | | |  | | | |
| De acuerdo | | |  |  | Totalmente en desacuerdo | |  | | |  | | | |
|  | 🞎 | No aplica | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Todas las agencias que colaboran en el trabajo de la actividad** *(Seleccione todas las opciones que correspondan; se puede indicar el nombre de la(s) agencia(s) en el espacio provisto)* | | | | | | | | | | | | | |
|  | 🞎 | No aplica/No hay agencia colaboradora Agencia estatal del Título V | | | | | | | | | | |  |
|  | 🞎 | 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 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 | | | | |
|  | | | |  |  | 🞎 | ¿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)* |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |