|  |
| --- |
| **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)* |
|  |
|  |