|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** | | | | | | | | | |  | | |
| **\*Respuesta obligatoria** | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| **\*Tipo de programa:** UCEDD | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| **\*Año fiscal: 2023** | | | | | | | | | |  | | |
| **\*Función básica: Realización de investigaciones o evaluaciones** | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| **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)* | | | | | | | | | |  | | |
| ⭘ 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 paraprofesionales | | |  |  | Público en general/miembros de la comunidad | | | |  | | |  |
| Familiares/cuidadores | | |  |  | Socios locales/comunitarios | | | |  | | |  |
| Adultos con discapacidades | | |  |  | Socios estatales/nacionales | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **\*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 | | | | | |  | | |  | |
|  | **🞎** | 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 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)* |
|  | | | | | | |