|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de actividad del NIRS *-* Año fiscal 2023** | | | | | | | | | | |  |  |
| **\*Respuesta obligatoria** | | | | | | | | | | |  |  |
| **\*Tipo de programa:** UCEDD | | | | | | | | | | |  |  |
| **\*Año fiscal: 2023** | | | | | | | | | | |  |  |
| **\*Función básica: Asistencia técnica** | | | | | | | | | | |  |  |
| **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): | | | |  | |  | | | | |
|  |  |  | | | |  | |  | | | | |
| **\*Intensidad de la asistencia técnica** *(seleccione una opción)* | | | | | | | | | | | | |
| Nota: “Continua y frecuente (más de 3 contactos al año)” es la definición de las relaciones permanentes a efectos de los informes de resultados. | | | | | | | | | | | | |
|  | ⭘ | Una vez breve (una sola vez) | | | | | ⭘ | | Continua pero poco frecuente (3 o menos contactos al año) | | | |
|  | ⭘ | Una vez ampliada (contacto de varios días proporcionado una sola vez) | | | | | ⭘ | | Continua y frecuente (más de 3 contactos al año) | | | |
|  |  |  | | | | |  | |  | | | |
| **\*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 | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **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 los destinatarios de la asistencia técnica que mantienen una relación permanente con los Centros Universitarios para la Excelencia sobre las Discapacidades del Desarrollo (UCEDD, por sus siglas en inglés), porcentaje que indica un aumento en cualquiera de los elementos identificados o solicitados a continuación:* | | | | | | | | | | |
|  | • | *Mejora de los recursos* | | | | | | | | |
|  | • | *Mejora de los servicios* | | | | | | | | |
|  | • | *Fortalecimiento de la creación de redes de entidades públicas y privadas en las comunidades* | | | | | | | | |
|  | • | *Mayor conocimiento de las prácticas basadas en pruebas* | | | | | | | | |
|  | • | *Mejor capacidad para evaluar las prácticas actuales en relación con los enfoques basados en pruebas* | | | | | | | | |
|  | • | *Identificación de los cambios políticos necesarios en el área de énfasis* | | | | | | | | |
| Número total de encuestados | | |  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Indique el número total que respondió: | | | | | | | | | | |
| Totalmente de acuerdo | | |  |  | En desacuerdo | |  |  | | |
| De acuerdo | | |  |  | Totalmente en desacuerdo | |  |  | | |
|  | **🞎** | No aplica | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **\*Destinatario de la asistencia técnica/colaborador** | | | | | | | | | | |
| **Todas las agencias que reciben asistencia técnica/colaboran en la actividad (debe marcar todas las opciones que correspondan)** | | | | | | | | | | |
| **Se pueden indicar el nombre de las agencias y una breve descripción de la naturaleza de su iniciativa o contribución 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 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 |
|  |  |  |  | Fecha de la actividad |
|  |  |  |  | *(mm/dd/aaaa)* |
|  |  |  | **🞎** | ¿Actividad recurrente? |
|  |  |  |  | *(En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)* |