

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

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: **2024**

*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). (por ejemplo, fecha, ubicación, miembros del personal involucrados, tema/s cubiertos, qué ocurrió.) _____

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

Capacitación

Desarrollo de productos

Investigación/publicaciones revisadas por pares

Diseminación/difusión de información/educación

Seguimiento/vigilancia

Evaluación/examinación

Remisión/coordinación de la atención

Servicio directo

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

Capacitación

Desarrollo de productos

Investigación/publicación revisada por pares

Diseminación/difusión de información/ educación

Seguimiento/vigilancia

Evaluación/examinación

Remisión/coordinación de la atención

Servicio directo

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

Actividades relacionadas con el cuidado de niños

Actividades relacionadas con el empleo

Actividades relacionadas con el transporte

Educación e intervención temprana

Actividades relacionadas con la salud

Actividades relacionadas con la vivienda

Actividades relacionadas con el tiempo libre

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

Actividades de calidad de vida

Otro (Diversidad cultural)

- Otro (especifique): _____
- Otro (Tecnologías de apoyo)

Otro (Liderazgo)

***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	_____
Legisladores/responsables de políticas	_____
Comunidad/local	_____
Socios estatales/nacionales	_____
Total	_____
Público en general/miembros de la comunidad	_____
Socios locales/comunitarios	_____
Socios estatales/nacionales	_____
Total de Participantes	_____

***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)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Agencia estatal del Título V | <input type="radio"/> Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo |
| <input type="radio"/> Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella | <input type="radio"/> Servicios sociales estatales/locales |
| <input type="radio"/> Departamento de Salud del estado | <input type="radio"/> Organización para el cuidado de los ancianos |
| <input type="radio"/> Programas clínicos/hospitales | <input type="radio"/> Agencia de salud (pública/privada) |
| <input type="radio"/> Salud de los adolescentes del estado | <input type="radio"/> Agencia para la salud mental/abuso de sustancias |
| <input type="radio"/> Otro programa relacionado con la salud | <input type="radio"/> Agencia/proveedor de vivienda |
| <input type="radio"/> Seguro médico/organización de atención administrada | <input type="radio"/> Agencia para el tiempo libre |
| <input type="radio"/> Medicaid | <input type="radio"/> Agencia de transporte |
| <input type="radio"/> Consejo de Discapacidades del Desarrollo | <input type="radio"/> Organización de proveedores |
| <input type="radio"/> Agencia de protección y defensa (P&A) | <input type="radio"/> Organización de consumidores/defensa |
| <input type="radio"/> Otro UCEDD | <input type="radio"/> Coalición estatal/local |
| <input type="radio"/> Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños | <input type="radio"/> Organismo legislativo |
| <input type="radio"/> Head Start/Early Head Start | <input type="radio"/> Organización judicial/legal |
| <input type="radio"/> Educación especial estatal/local (3-21) | <input type="radio"/> Organización comunitaria o religiosa |
| <input type="radio"/> Educación general estatal/local | <input type="radio"/> Asociación nacional |
| <input type="radio"/> Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad) | <input type="radio"/> Organización independiente de investigación o políticas |
| <input type="radio"/> Empleo/rehabilitación profesional | <input type="radio"/> Fundación |
| | <input type="radio"/> Otro |

***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)

<input type="checkbox"/> Agencia estatal del Título V	_____
<input type="checkbox"/> Otro programa financiado por la MCHB o relacionado con ella	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud del estado	_____
<input type="checkbox"/> Programas clínicos/hospitales	_____
<input type="checkbox"/> Salud de los adolescentes del estado	_____
<input type="checkbox"/> Otro programa relacionado con la salud	_____
<input type="checkbox"/> Seguro médico/organización de atención administrada	_____
<input type="checkbox"/> Medicaid	_____
<input type="checkbox"/> Consejo de Discapacidades del Desarrollo	_____
<input type="checkbox"/> Agencia de protección y defensa (P&A)	_____
<input type="checkbox"/> Otro UCEDD	_____
<input type="checkbox"/> Cuidado de niños/infancia temprana/parte C de bebés y niños pequeños	_____
<input type="checkbox"/> Head Start/Early Head Start	_____
<input type="checkbox"/> 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?