

## Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

**\*Respuesta obligatoria**

**\*Tipo de programa:**

UCEDD  LEND  LEAH  PPC  DBP

**\*Año fiscal:** 2024

**\*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 (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  Seguimiento/vigilancia  
 Capacitación  Evaluación/examinación  
 Desarrollo de productos  Remisión/coordinación de la atención  
 Investigación/publicaciones revisadas por pares  Servicio directo  
 Diseminación/difusión de información/educación  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  Seguimiento/vigilancia  
 Capacitación  Evaluación/examinación  
 Desarrollo de productos  Remisión/coordinación de la atención  
 Investigación/publicaciones revisadas por pares  Servicio directo  
 Diseminación/difusión de información/educación  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  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 tiempo libre

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	_____	Legisladores/responsables políticos	_____
Otros estudiantes en el aula	_____	Comunidad/local	_____
Profesionales y para profesionales	_____	Estatal/nacional	_____
		TOTAL	_____
Familiares/cuidadores	_____	Público en general/miembros de la comunidad	_____
Adultos con discapacidades	_____	Socios locales/comunitarios	_____
Niños/adolescentes con	_____	Socios estatales/nacionales	_____
		PARTICIPANTES TOTAL	_____

**\*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                  |
| <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)                                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación general estatal/local  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Educación postsecundaria (institución de educación superior/universidad) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleo/rehabilitación profesional  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia o proveedor estatal/local para discapacidades del desarrollo     | _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios sociales estatales/locales                                     | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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)

¿Actividad recurrente?  
(En el caso de las actividades en curso, puede introducir simplemente la fecha de inicio de la actividad)