

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa:

- UCEDD LEND LEAH PPC DBP

*Año fiscal: **2024**

*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 (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).

*El público objetivo principal es/está (seleccione una opción):

- Local Tribal Nacional
 Título V Otro estado Internacional
 Dentro del estado Regional

*Tipo de actividad (seleccione una opción)

- Actividades de 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 (Diversidad cultural)
- Otro (especifique): _____
- Otro (Tecnologías de apoyo)
- Otro (Liderazgo)

***Intensidad de la asistencia técnica** (seleccione una opción) Nota: "Frecuente y continuo (más de 3 contactos por año)" es la definición de relaciones sostenidas a efectos de informes de resultados.

- Una vez breve (una sola vez)
- Una vez ampliada (contacto de varios días proporcionado una sola vez)
- Continua pero poco frecuente (3 o menos)
- Continua y frecuente (más de 3 contactos al año)

***Tipo y número de participantes** (indique el número de todos los que corresponda)

Pasantes	_____	Legisladores/responsables de políticas	_____
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	_____
		TOTAL	_____

Satisfacción del cliente

Para informes OIDD: solo es necesario encuestar al 10% de los participantes; Se espera una tasa de respuesta del 40% en conjunto por función principal, EXCEPTO para investigación/evaluación y desarrollo/difusión de información.

***¿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	_____
		TOTAL DE ENCUESTADOS	_____

***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

- 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 evidencia
- 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	_____
		*Número total de respuestas	_____

- No aplica

***Destinatario principal de la asistencia técnica/colaborador** (seleccione una opción)

- 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
- 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

- 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
- 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

***Todas las agencias que reciben asistencia técnica/colaboran en la actividad (debe marcar todas las opciones que correspondan)**

Se pueden indicar el nombre de la(s) agencia(s) 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 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 _____

***Tema de la asistencia técnica/colaboración**

***Lista A** (seleccione una opción)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Relacionado con la atención clínica (incluido el hogar) | <input type="radio"/> Trabajo en equipo interdisciplinario |
| <input type="radio"/> Relacionado con la competencia cultural | <input type="radio"/> Liderazgo del personal de atención médica |
| <input type="radio"/> Datos, investigación, métodos de evaluación (traducción de conocimientos) | <input type="radio"/> Políticas |
| <input type="radio"/> Participación de la familia | <input type="radio"/> Prevención |
| | <input type="radio"/> Desarrollo/mejora de sistemas |

***Lista B** (seleccione todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niños con necesidades especiales de atención médica/discapacidades del desarrollo | <input type="checkbox"/> Participación de la familia |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hogar médico (acceso y uso) |
| <input type="checkbox"/> Atención prenatal | <input type="checkbox"/> Transición |
| <input type="checkbox"/> Atención perinatal y posparto | <input type="checkbox"/> Visita de bienestar para adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Visita de bienestar para la mujer/ atención médica preventiva | <input type="checkbox"/> Detección del trastorno depresivo mayor |
| <input type="checkbox"/> Detección de la depresión | <input type="checkbox"/> Equidad de la salud |
| <input type="checkbox"/> Sueño seguro | <input type="checkbox"/> Cobertura adecuada del seguro médico |
| <input type="checkbox"/> Lactancia materna | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco y cigarrillos electrónicos |
| <input type="checkbox"/> Evaluación del recién nacido | <input type="checkbox"/> Salud oral |
| <input type="checkbox"/> Calidad de la visita de bienestar para niños | <input type="checkbox"/> Nutrición |
| <input type="checkbox"/> Visita de bienestar para niños | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Prevención de lesiones | |

***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)