

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa: UCEDD

*Año fiscal: 2024

*Función básica: Educación continua/capacitación comunitaria

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):

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Local | <input type="radio"/> Tribal | <input type="radio"/> Nacional |
| <input type="radio"/> Título V | <input type="radio"/> Otro Estado | <input type="radio"/> Internacional |
| <input type="radio"/> Dentro del Estado | <input type="radio"/> Regional | |

*Método de capacitación (seleccione una opción):

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| <input type="radio"/> Presentación/seminario | <input type="radio"/> Audioconferencia | <input type="radio"/> Otro |
| <input type="radio"/> Taller/conferencia | <input type="radio"/> Videoconferencia | |
| <input type="radio"/> Curso por Internet | <input type="radio"/> Curso presencial o en vivo | |

*¿Se ofrece en persona, a distancia o de modo mixto? (seleccione una opción)

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> En persona | <input type="radio"/> A distancia | <input type="radio"/> Modo mixto |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

*¿Se ofrecen certificados de finalización o CEU (unidades de educación continua) (o sus equivalentes)?

(seleccione "sí" para la educación continua; seleccione "no" para la capacitación comunitaria)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

*Tipo de actividad (seleccione una opción)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Actividades de promoción | <input type="radio"/> Creación de capacidades | <input type="radio"/> 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):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Actividades de garantía de calidad | <input type="radio"/> Educación e intervención temprana |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el cuidado de niños | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la salud |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el empleo | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con la vivienda |
| <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el transporte | <input type="radio"/> Actividades relacionadas con el ocio |

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Actividades de calidad de vida | <input type="radio"/> Otro (Tecnologías de apoyo) |
| <input type="radio"/> Otro (Diversidad cultural) | <input type="radio"/> Otro (Liderazgo) |
| <input type="radio"/> Otro (especifique): _____ | |

*Tipo y número de participantes (indique el número de todos los que corresponda) (Ingrese aprendices (largo, intermedio y/o corto plazo)

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

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

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 _____
De acuerdo _____

En desacuerdo _____
Totalmente en desacuerdo _____
TOTAL DE ENCUESTADOS _____

*Medida de resultado inicial

Para las personas que reciben capacitaciones periódicas y continuas, porcentaje que informa de un aumento de los conocimientos adquiridos:

- en el área de énfasis
- en el tema de capacitación en el área de énfasis

Número total de encuestados _____

Indique el número total que respondió:

Totalmente de acuerdo _____
De acuerdo _____
 No aplica

En desacuerdo _____
Totalmente en _____

*Todas las agencias que colaboran en el trabajo de la actividad (Todas las Agencias que Colaboran en el Trabajo de la Actividad (Deben marcar todas las que apliquen)

(El nombre de la(s) agencia(s) puede(n) proporcionarse en el espacio provisto)

- No aplica/No hay agencia colaboradora Agencia estatal del Título V
- 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 _____
- Programas Head Start/Head Start de Educación Temprana _____
- 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 _____

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

- 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 _____
(mm/dd/aaaa)

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