

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa: UCEDD

*Año fiscal: 2024

*Función básica: Servicios clínicos directos/servicios modelo

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).

Nombre de la clínica _____

Número de personas no duplicadas atendidas _____

(En el caso de los Centros Universitarios para la Excelencia sobre las Discapacidades del Desarrollo [UCEDD, por sus siglas en inglés], esta es la medida de resultado inicial: Número de personas que reciben servicios especializados de los UCEDD para mejorar el bienestar v la situación del beneficiario).

A partir de la versión FY06 del NIRS, la información sobre la raza y la etnia se recoge de forma coherente con las categorías del censo de los Estados Unidos. Proporcione información sobre la raza y la etnia.

Raza de las personas atendidas (indique el número para todo lo que corresponda)

_____ **Blanco** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

_____ **Negro o Afroamericano** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

_____ **Nativo Americano o Nativo de Alaska** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantienen una afiliación tribal o un

_____ **Asiático** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios del Extremo Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente Indio (por ejemplo, Indio Asiático).

_____ **Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico** se entiende que son las personas descendientes de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

_____ **Más de una raza** incluye a las personas que se identifican con dos o más denominaciones raciales.

_____ **No aplicable** se utiliza para las personas que no se identifican con ninguna de las categorías.

_____ **Total**

Etnia de las personas atendidas (indique el número para todo lo que corresponda)

_____ Hispano _____ No Hispano _____ No se ha registrado

_____ TOTAL

Edad de las personas atendidas (indique el número para todo lo que corresponda) *Hispano es una categoría étnica para personas cuyos orígenes se encuentran en los países de habla hispana de América Latina o que se identifican con una cultura de habla hispana. Las personas hispanas pueden ser de cualquier raza.*

_____ Mujeres embarazadas (todas las edades)	_____ Bebés con necesidades especiales de atención médica de menos de 1 año
_____ Bebés de menos de 1 año	_____ Niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica de 1 a 25 años
_____ Niños de 1 de 12 años	_____ Mujeres mayores de 25 años
_____ Adolescentes de 12 a 18 años	_____ Hombres mayores de 25 años
_____ Jóvenes adultos de 18 a 25 años	_____ TOTAL

***Área de énfasis** (marque una opción)

Áreas enumeradas en la Ley de Asistencia y Declaración de Derechos para Personas con Discapacidades del Desarrollo

- 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 ocio

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

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

Satisfacción del cliente

***¿El Centro encabezó esta actividad?**

- Sí (En caso afirmativo, introduzca los resultados de la encuesta a continuación).
- No

Número Encuestado _____

Indique el número total que respondió:

Totalmente de acuerdo _____
De acuerdo _____

En desacuerdo _____
Totalmente en desacuerdo _____

TOTAL DE
ENCUESTADOS _____

***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)

- No aplica/no hay agencia colaboradora
- 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 _____
- 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 procede/ningún proyecto afiliado
- Proyecto afiliado principal. Indique el título: _____
- Proyecto afiliado secundario. Indique el título: _____

***Duración** (Informe según la hora completa más cercana): _____

- No procede

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)