

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

*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)

- Actividades de promoción
- Creación de capacidades
- 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):

- 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)

*Tipo y número de participantes (indique el número para todo lo que corresponda)

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	_____

*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
- Agencia estatal del Título V
- Otro programa financiado por la MCHB o relacionado _____
- 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 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 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)

