

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa: UCEDD

*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 Debe marcar todo _____)

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)

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 de todos los que corresponda)

Pasantes _____

Otros estudiantes en el aula _____

Profesionales y paraprofesionales _____

Familiares/cuidadores _____

Adultos con discapacidades _____

Niños/adolescentes con _____

Legisladores/responsables de políticas _____

Público en general/miembros de la comunidad _____

Socios locales/comunitarios _____

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 _____

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 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

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)