

Formulario de actividad del NIRS - Año fiscal 2024

*Respuesta obligatoria

*Tipo de programa: UCEDD

*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).

*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

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 ocio

Áreas no enumeradas en la Ley DD:

Actividades de calidad de vida

Otro (Tecnologías de apoyo)

Otro (Diversidad cultural)

Otro (Liderazgo)

Otro (especifique): _____

*Intensidad de la asistencia técnica (seleccione una opción)

Nota: "Continua y frecuente (más de 3 contactos al año)" es la definición de las relaciones permanentes a efectos de los informes de resultados.

Una vez breve (una sola vez)

Continua pero poco frecuente (3 o menos

Una vez ampliada (contacto de varios días proporcionado una sola vez)

Continua y frecuente (más de 3 contactos al año)

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

Pasantes _____

Niños/adolescentes con _____

Otros estudiantes en el aula _____

Legisladores/responsables de políticas _____

Profesionales y paraprofesionales _____

Público en general/miembros de la comunidad _____

Familiares/cuidadores _____

Socios locales/comunitarios _____

Adultos con discapacidades _____

Socios estatales/nacionales _____

TOTAL DE PARTICIPANTES _____

Satisfacción del cliente

*¿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 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 aumento en cualquiera de los elementos identificados o solicitados a continuación:

- 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 pruebas
- 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 _____
De acuerdo _____

En desacuerdo _____
Totalmente en desacuerdo _____

*Número total de respuestas _____

- No aplica

***Destinatario de la asistencia técnica/colaborador**

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

Se pueden indicar el nombre de las agencias 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 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)

