NEVADA GOVERNOR'S COUNCIL ON DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Solicitud de inscripción a uno de los cursos del 2018 de Partners in Policymaking [Colaboradores en la formulación de las políticas]

Los solicitantes deberán tener un mínimo de 18 años. Para ser consideradas, las solicitudes DEBERÁN ser enviadas y marcadas por el correo antes del 10 de diciembre del 2017. Las solicitudes incompletas no serán consideradas.
NOTA: Favor de anexar hojas adicionales, si necesita más espacio.

Información del solicitante

Nombre completo: _____
Apellido *Nombre* *Inicial / Segundo nombre*

Dirección física: _____
Dirección residencial *Apartamento / No. de la Unidad*

_____
Ciudad *Estado* *Código Postal*

Teléfono: _____ **Email**:: _____

¿Es usted: Hombre _____ Mujer? _____ **Raza / etnia**:_____

1. ¿Sufre usted de alguna discapacidad? **SÍ** ☐ **NO** ☐ (En caso negativo, proceda a la Pregunta 2)

a) En tal caso, favor de indicar su discapacidad y ofrezca información acerca de cómo le afecta en su vida diaria:

b) ¿Qué servicios de soporte o de tecnología asistencial o dispositivos usa o recibe usted?

2. ¿Es usted padre o madre de un individuo con una discapacidad del desarrollo? **SÍ** ☐ **NO** ☐

a) En tal caso, ¿qué tipo de servicios o prestaciones recibe su familia o su hijo/hija del condado de su residencia?

b) Marque las opciones que corresponda por cada hijo/hija con una discapacidad del desarrollo:

Hijo(a) #1		Hijo(a) #2		Hijo(a) #3	
Edad:	**Discapacidad:**	**Edad**:	**Discapacidad:**	**Edad**:	**Discapacidad:**
☐0 – 3	☐ Física	☐0 – 3	☐ Física	☐0 – 3	☐ Física
☐3 – 7	☐ Cognitiva	☐3 – 7	☐ Cognitiva	☐3 – 7	☐ Cognitiva
☐7 – 10	☐Emocional/Conductual	☐7 – 10	☐Emocional/Conductual	☐7 – 10	☐Emocional/Conductual
☐10 – 14	☐ Sensorial	☐10 – 14	☐ Sensorial	☐10 – 14	☐ Sensorial
☐14+	☐ Otro Tipo _____	☐14+	☐ Otro Tipo _____	☐14+	☐ Otro Tipo _____

c) Favor de indicar, por cada hijo/hija, el tipo de discapacidad sufrida, e información acerca de cómo le afecta en su vida diaria y en su vida familiar.

d) Favor de darnos información específica acerca de cómo dicho diagnóstico o discapacidad afecta su acceso a los servicios que necesita.

e) ¿Recibe su hijo/hija servicios de instrucción especial personalizada? En caso afirmativo, describa dichos servicios. SÍ ☐ NO ☐

3. Identifique uno o dos problemas concretos particularmente serios para usted.

4. Las sesiones están regularmente programadas para los sábados, de 8:00am a 4:00pm. Se requerirá la asistencia de los inscritos a dichas sesiones de fines de semana. Se les requerirá también completar los cursos en línea (e-learning) correspondientes a las clases, y a comprometerse a un proyecto que deberá completar después de su graduación, así como también un seguimiento de un año después de la graduación.

a) ¿Está dispuesto(a) a comprometer un día de 8 horas al mes (entre enero y agosto) durante 8 meses, para asistir a las sesiones? SÍ ☐ NO ☐

FAVOR DE MARCAR AHORA LAS FECHAS DE LAS SESIONES EN SU CALENDARIO.

20 de enero, 2018 **24 de febrero, 2018** **17 de marzo, 2018** **14 de abril, 2018**

19 de mayo, 2018 **9 de junio, 2018** **21 de julio, 2018** **4 de agosto, 2018**

b) Si está empleado, ¿habló usted con su empleador acerca de su asistencia a las sesiones, e hizo los arreglos para poder asistir a todas las sesiones? SÍ ☐ NO ☐

c) ¿Se compromete usted a completar todos los cursos en línea (e-learning) correspondientes a las clases? SÍ ☐ NO ☐

d) ¿Se dedicará usted a un proyecto, después de su graduación? SÍ ☐ NO ☐

e) ¿Dedicará usted tiempo a un seguimiento de un año, después de su graduación? SÍ ☐ NO ☐

5. **Si sufre de una discapacidad, ¿necesitará algún arreglo o tratamiento especial para facilitar su participación activa en las sesiones de fines de semana (como, por ejemplo, acceso con silla de ruedas o impresos con letras más grandes de lo normal)?** SÍ ☐ NO ☐

   En caso afirmativo, favor de aclarar:

6. **¿Requerirá de los servicios de algún intérprete (del lenguaje por señas o algún idioma extranjero)?** SÍ ☐ NO ☐

   En caso afirmativo, favor de aclarar:

7. **Si es uno de los padres o madres, ¿utilizará usted los servicios de relevo o cuidado de niños para participar en el programa de Partners?** SÍ ☐ NO ☐

   Si está discapacitado(a), ¿utilizará usted los servicios de un asistente personal durante las sesiones de fines de semana? SÍ ☐ NO ☐

FAVOR DE TOMAR NOTA: El Nevada Governor's Council on Development Disabilities (NGCDD) no ofrece servicios de relevo/cuidado de niños o servicios de un asistente personal en el mismo lugar, sin embargo es posible que los gastos correspondientes sean reembolsados.

8. **¿Es usted miembro o trabaja usted como voluntario(a) de alguna organización de defensa?** SÍ ☐ NO ☐

   En caso afirmativo, indique el nombre de la institución/las instituciones y describa su posición en la(s) misma(s).

9. **Favor de hablarnos acerca de usted y su familia. (Por ejemplo: el tipo de trabajo que le ocupa, las actividades voluntarias que realiza en su comunidad, además de sus intereses personales, y comparta las experiencias vitales especialmente positivas o negativas para usted, su hijo/hija o su familia.**

10. **Indíquenos por qué desea participar en el programa de Partners in Policymaking**.

11. ¿Cómo se enteró usted de la existencia del programa de Partners in Policymaking?	
12. ¿Cuenta usted con el permiso para trabajar legalmente en los Estados Unidos? (Favor de tomar nota: Esto no necesariamente descalificará su participación en este curso, aunque podría incidir sobre su capacidad de recibir reembolso)	SÍ ☐ NO ☐

Descargo de responsabilidad y firma

Doy fe de que, a mi leal entender, mis respuestas corresponden a la verdad y a toda la verdad. En caso de que este formulario de solicitud dé lugar a mi selección, queda entendido que cualquier información falsa aquí contenida podría resultar en mi exclusión del programa de Partners.

Firma: _____ Fecha: _____