

Illinois Partners in Policymaking®



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN



Clase 6

25 de octubre, 2024- 21 de junio, 2025

1



Illinois Partners In Polycymaking®

Este formulario puede ser llenado en formato PDF. Esto significa que Ud. Puede escribir en los espacios a continuación para completar su solicitud. Si Ud. necesita de ciertas adaptaciones para completar y/o enviar esta solicitud, póngase en contacto con Jan Bergman a: janb.ilpip@gmail.com o 847-533-6714.

Parte 1: Información de Contacto

Nombre del Solicitante _____

Dirección, calle _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código Postal _____

Correo Electrónico _____

Correo Electrónico Alterno _____

Teléfono Celular _____

Teléfono Alterno _____

Fecha de Nacimiento _____

(Participants must be over 22 years of age)

Raza/Etnicidad (Opcional)

Asiático/a

Nativo de Hawai o islas del Pacífico

Oriundo de América o Alaska

Negro o Afroamericano Americano

Hispano o Latinx

Caucásico/a

Otro _____

Illinois Partners In Polycymaking®

Género

- Masculino
- Femenino
- No-binario
- Prefiero no decir

Por favor de tres referencias (no miembros de familia) que podrían ser contactados.

1. Nombre _____

Relación _____ Correo Electrónico _____

2. Nombre _____

Relación _____ Correo Electrónico _____

3. Nombre _____

Relación _____ Correo Electrónico _____

Illinois Partners In Polycymaking®

Parte 2: Solicitante e Información de Elegibilidad

Definición de Discapacidad del Desarrollo según la Asistencia Federal para Discapacidades del Desarrollo y la Ley de la Declaración de Derechos:

(A) En general, discapacidad del desarrollo significa una discapacidad severa y crónica en un individuo que:

- i. es atribuible a un impedimento físico o mental/combinación de impedimentos físico y mental;
- ii. se manifiesta antes que el individuo cumpla los 22 años de edad;
- iii. es probable que continúe de manera indefinida;
- iv. resulta en limitaciones funcionales sustanciales en tres o más áreas de actividad principal de la vida, tales como el cuidado personal, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autonomía propia, capacidad de vida independiente y autosuficiencia económica; y
- v. refleja las necesidades del individuo para una combinación y secuencia de servicios interdisciplinarios especiales o genéricos, de apoyos individualizados u otras formas de asistencia que son de por vida o por una duración prolongada, y que son planificadas y coordinadas de manera individual.

(B) Un infante o niño pequeño (un individuo desde el nacimiento hasta los nueve años) que sufre de un retraso sustancial del desarrollo, una condición congénita específica, y/o adquirida, puede ser considerado tener una discapacidad del desarrollo, sin cumplir tres o más de los criterios descritos en las cláusulas (i) a (v) en el subpárrafo (A) si el individuo, sin servicios ni apoyos, tiene una alta probabilidad de cumplir con esos criterios más adelante en la vida.

Illinois Partners In Polycymaking®

Elegibilidad

PRIMER PASO: Lea la definición arriba mencionada acerca de las Discapacidades del Desarrollo, para determinar la elegibilidad de participación en Partners in Polycymaking (PIP). Esto se debe cumplir. Si su elegibilidad en Partners in Policy Polycymaking® se basa en su discapacidad, entonces Ud. debe cumplir con el criterio arriba mencionado.

PASO 2: : Determine a continuación la **PRINCIPAL** categoría de su solicitud 1-4 below. Ud. debe responder Sí a una de las cuatro preguntas que se presentan abajo para que pueda participar en Partners in Policy Polycymaking®. Es posible que Ud. pueda calificar en más de una categoría (por ejemplo, como padre de una persona con discapacidades del Desarrollo, Ud. también podría **ser una persona con una discapacidad del desarrollo u otra discapacidad** o una hermana). Sin embargo, a los efectos de esta solicitud y de esta clase de Socios, complete la solicitud en función de su posible representación como miembro de esta clase de PIP. Tendrás espacio en la sección **Conociéndole mejor** para agregar información adicional.

1. ¿Es usted una persona con Discapacidades del Desarrollo?

Sí NO *(Si es no, pase al #2)*

Si marcó Sí, por favor especifique su discapacidad y proporcione información acerca de cómo lo afecta en su vida diaria.

Illinois Partners In Polycymaking®

Si marcó sí, ¿qué tipos de servicios de apoyo o tecnología utiliza, recibe o necesita Ud.?

2. ¿Es Ud. padre/madre de un niño con una discapacidad del desarrollo?

SI NO *(Si es no pase al #3)*

¿Cuál es la edad de su hijo o hijos si tiene más de un hijo con una discapacidad del desarrollo?

Describa brevemente la discapacidad de su(s) hijo(s) y cómo afecta la vida diaria Para su(s) hijo(s) y su familia.

3. ¿Es usted hermano de una persona con una discapacidad del desarrollo?

SI NO *(si no, pasa al #4)*

Illinois Partners In Polycymaking®

En caso afirmativo, ¿cuál es la edad de su hermano y su discapacidad?

¿Cómo afecta el hecho de tener un hermano con una discapacidad del desarrollo en su vida diaria? ¿Cuál es tu relación con tu hermano/a?

4. ¿Es usted un tutor legal (miembro de la familia o no miembro de la familia) o apoya a una persona con una discapacidad del desarrollo en un Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo?

SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál es la edad de la persona con una discapacidad del desarrollo y su relación?

Describe brevemente la discapacidad de la persona y cómo afecta su vida.

Illinois Partners In Polycymaking®

Parte 3: Conociéndolo/a Mejor

Por favor sea breve con sus respuestas. Si necesita de adaptaciones, para completar y/o enviar esta solicitud, por favor póngase en contacto con Jan Bergman a: janb.ilpip@gmail.com or 847-533-6714. ¡No hay respuestas correctas o erradas! Queremos llegar a conocerle.

1. Por favor, cuéntenos un poco sobre usted, su familia y/o su relación con la(s) persona(s) con una discapacidad del desarrollo a la que apoya.

2. Identifique uno o dos problemas relacionados con la discapacidad (p. ej., intervención temprana, preescolar, atención médica, servicios de exención, inclusión escolar, servicios de transición escolar, cuidado infantil diurno, servicios de salud mental, trabajo competitivo, transporte, tecnología de asistencia, vivienda y apoyos) que le preocupan más actualmente.

Illinois Partners In Polycymaking®

3. Cuéntenos sus puntos de vista sobre la inclusión e integración escolar y comunitaria.

4. ¿Qué significa para usted la palabra abogacía/intercesoría?

5. Si Usted o un miembro de su familia actualmente está recibiendo servicios ya sea de las escuelas públicas locales y/o del Estado de Illinois, ¿Cuáles son esos servicios? ¿Qué cambios le gustaría ver en ellos? Escriba N/A si no recibe ningún servicio en estos momentos.

Illinois Partners In Policymaking®

6. Cuéntanos sobre tus puntos fuertes y cualquier experiencia única que haya tenido.

7. Haga una lista de las actividades en las que Ud. participa regularmente (ej. Empleo, trabajo voluntario, servicio comunitario, lugar de culto religioso, asignaciones de junta). Añada los papeles que usted desempeña.

Si es usted un estudiante, compártanos acerca de su campo de estudio o de su programa de estudios o de las clases que Ud. está tomando. N/A si usted no es un estudiante.

Illinois Partners In Policing[®]

8. ¿Qué le gusta hacer para divertirse? ¿Intereses personales?

9. Comparta cualquier experiencia de vida que haya sido una alegría o un desafío particular para usted, su hijo o su familia.

10. Si actualmente está trabajando o ha tenido un empleo anterior, cuéntenos sobre su trabajo y el tipo de trabajo que realiza o hizo. Escriba N/A si no está trabajando o no ha estado empleado.

Illinois Partners In Policing[®]

11. ¿Qué espera obtener de Partners in Policing[®] y cómo planea utilizar sus nuevos conocimientos?

12. ¿Cómo se enteró del programa de Partners in Policing[®]?
Agregue los nombres de las personas u organizaciones que le proporcionaron información sobre el programa de Socios o los artículos de noticias o redes sociales que leyó sobre Socios.

Illinois Partners In Polycymaking®

Adaptaciones

1. ¿Necesita adaptaciones que le ayuden a participar activamente en las **SESIONES PRESENCIALES** (p. ej., subtítulos, letra grande, intérprete de lenguaje de señas, documentos accesibles, tomador de notas)? Por favor, especifique.

2. ¿Necesita adaptaciones que le ayuden a participar activamente en las **SESIONES EN LÍNEA** (p. ej., subtítulos, letra grande, intérprete de lenguaje de señas, documentos accesibles)? Por favor, especifique.

3. ¿Necesita servicios de intérprete (por ejemplo, traducción de lenguaje de señas estadounidense u otro idioma)? En caso afirmativo, por favor especifique.

Illinois Partners In Polycymaking®

1. ¿Necesita Servicios de Relevó/Cuidado de Niños, Asistencia PCA/DSP?

SÍ NO

Por favor tenga en cuenta: PIP no proporciona servicios en el lugar. Sin embargo, se proporciona un subsidio de reembolso para los participantes que necesitan asistencia financiera para los costos de los servicios de cuidado infantil/relevó o asistencia de PCA/DSP. Los miembros de la familia no pueden quedarse en el hotel durante las sesiones de capacitación de fin de semana a menos que un miembro de la familia esté sirviendo como asistente personal de un miembro de la clase.

A. Si usted es padre, ¿usará los servicios de relevó/cuidado de niños para poder participar en PIP?

SÍ NO

B. Si usted es una persona con discapacidad y utiliza un Asistente Personal (PCA) o un Profesional de Apoyo Directo (DSP), ¿esta persona le acompañará?

SÍ NO

Revisar: Requisitos de Participación y Firma

Los participantes de PIP **asistirán a todas las** sesiones de capacitación en defensa y desarrollo de habilidades en persona y virtualmente/en línea, para lo cual se espera que esté frente a la cámara. Se entregarán tareas para cada sesión y **DEBEN** completarse. También se debe completar un proyecto individual para graduado. La finalización de este programa de capacitación en Desarrollo de Liderazgo requiere un **compromiso sustancial de tiempo, motivación y energía**. Las sesiones presenciales requieren habitaciones de hotel doblemente ocupadas, lo que significa que se le alojará con otro participante de la clase. **Las comidas, el alojamiento y los gastos de viaje se proporcionarán sin costo alguno para usted.** Cuatro sesiones presenciales de fin de semana se llevarán a cabo en The Hyatt Place en Normal, IL., y una sesión presencial de dos días en The Statehouse Inn en Springfield, IL Nueve sesiones virtuales/en línea de 2.5 a 5.5 horas son a través de Zoom.

Illinois Partners In Polycymaking®

Habr  tres sesiones de orientación virtuales/en línea obligatorias antes de que comiencen las clases sobre cómo acceder a Zoom y a todos los documentos en línea (Agendas, Formularios de Reembolso, Evaluaciones de Presentadores, Competencias, etcétera) en nuestro Google Drive.

Si soy aceptado en el programa PIP, me comprometo a:

- Asistir y participe en **TODAS las** sesiones de dos días (cuatro sesiones comienzan el viernes a las 11:30 a.m. con su almuerzo que usted trae y concluyen el sábado a las 3:30 p.m. en Normal, IL) y una sesión de dos días, durante la semana, en Springfield, IL. (Las sesiones comienzan el martes 1 de abril a las 11:30 a.m. y concluyen el miércoles 2 de abril, a las 15:00 horas). Todos los refrigerios, la cena del primer día y el desayuno y el almuerzo del segundo día están incluidos. Nos complace adaptarnos a las restricciones dietéticas con previo aviso.
- Asistir y participar en tres sesiones de orientación virtual/en línea y nueve sesiones de capacitación virtual/en línea.
- Completar todas las tareas y tareas de clase.
- Completar un proyecto de defensa individual diseñado para cumplir con las competencias y habilidades.

S  NO

(A) Si trabaja,  ha hablado con su empleador sobre la asistencia y ha hecho los arreglos necesarios para que pueda asistir a todas las sesiones?

S  NO

(B)  Tiene una computadora portátil (laptop) o de escritorio en su hogar para las sesiones virtuales / en línea? (Nota: si no, le prestaremos una laptop durante la duración de su clase).

S  NO

1.  Tiene un servicio de Internet confiable en su hogar para las sesiones virtuales / en línea? (Nota: Trabajaremos con usted si necesita ayuda para acceder a Internet)

S  NO

Illinois Partners In Polycymaking®

Doy permiso a HIGH IMPACT para que comparta las respuestas a las preguntas hechas en esta solicitud con el personal y miembros de PIP, del comité de selección de la clase del Consejo de Illinois en Discapacidades del Desarrollo.

SÍ NO

Al ingresar mi nombre, a continuación, certifico que soy un/a solicitante representado/a por la información en esta solicitud, así mismo, como garantía de que toda información proporcionada es precisa, según mi leal saber y entender y ha sido divulgada de manera voluntaria. Para el propósito de envío de la solicitud de PIP, la inserción de su nombre en la línea de la firma, la califica como una firma electrónica.

Firma _____ Fecha _____

Illinois Partners In Polycymaking®

Instrucciones para el Envío

¿Se acordó de hacer estas cosas?

- ✓ Complete TODAS las secciones de esta solicitud. No se van a considerar las solicitudes con secciones incompletas.
- ✓ Confirmar su disponibilidad en las fechas de todas las sesiones de orientación virtual/online, en todas las fechas de las sesiones de clases en persona y virtuales/online.
- ✓ Firme su solicitud.

RECORDATORIO: Si Ud. necesita adaptaciones para completar y/o enviar esta solicitud, póngase en contacto con Jan Bergman, a: janb.ilpip@gmail.com o marque al número 847-533-6714

Para completar y enviar la solicitud por correo electrónico, debe enviarse antes de las 5:00 p. m. del sábado 7 de septiembre, 2024. Se le notificará por correo electrónico, al final del día, el lunes 30 de septiembre de 2024.

Para presentar la solicitud en forma electrónica, adjunte el folder guardado que contenga el formulario completo a un nuevo mensaje de correo electrónico y envíelo a:

Jan Bergman, Coordinator IL
Partners in Polycymaking®
janb.ilpip@gmail.com

Para completar y enviar la solicitud por correo, debe tener matasellos antes de las 5:00 p. m. del sábado 7 de septiembre, 2024.

- Imprima la solicitud en blanco y complétela con tinta negra.
- Firme el formulario de solicitud en la hoja donde va la firma.
- Envíe por correo todas las páginas de la solicitud ya completas, incluyendo la copia firmada de la hoja donde va la firma, a la siguiente dirección.

Envío de solicitudes por correo a:
Jan Bergman, Coordinator IL
Partners in Polycymaking®
312 N. Fiore Parkway
Vernon Hills, IL 60061-3202

Illinois Partners In Polycymaking®

FECHA LÍMITE DE LA SOLICITUD ES ANTES DE LAS 5 PM DEL DÍA SÁBADO 7 DE SEPTIEMBRE, 2024

¡Le invitamos a compartir esta solicitud con otras personas que puedan estar interesadas en enviar su solicitud para el programa IL Partners in Polycymaking®!

Partners es un programa de formación en liderazgo innovador, de alto impacto, basado en valores, alta fidelidad y competencias, diseñado para adultos con discapacidades y padres de niños pequeños con discapacidades del desarrollo. Gracias, Partners in Polycymaking®

Graduados de la clase 5, asesores de la facultad, oradores increíbles y personal. ¡Esta ha sido la capacitación más oportuna, inspiradora y transformadora que he experimentado!

–Padre, Graduado de Partners

Mi tema/sesión favorita fue Empleo Personalizado con el Dr. Steven Hunt. Antes de Partners, nunca pude imaginar que mi hijo de 18 años con autismo podría tener un empleo. El concepto general era que con el "Descubrimiento" y el desarrollo laboral, una persona con una discapacidad impactada podría ser capacitada para un trabajo que sea beneficioso tanto para el empleador como para el empleado... La presentación del Dr. Hunt cambió toda mi perspectiva." – Padre, Graduado de Partners

Recomendaría a otros autogestores y padres que formen parte de PIP, ya que la experiencia fue increíble. Aprenderá sobre las reglas/leyes federales, estatales y locales que rigen la discapacidad servicios. Aprender sobre tecnología es útil para convertirse en un mejor defensor.

–Auto Defensor, Graduado de Partners Graduate