

Programa de Adiestramiento  
de Liderazgo Familiar  
Socios en la Creación de Políticas

## Solicitud de Participación

Información Personal			
Nombre del Solicitante:		Fecha:	
Persona/ Padre/ Guardián:			
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Teléfono Particular:	Teléfono Laboral:		Mensaje:
Correo Electrónico:		Sexo: Edad:	Raza:

Los participantes del programa Liderazgo de Familias/Socios en la Creación de Políticas (*Family Leadership/ Partners in Policymaking*, o FLP) son padres de personas con discapacidades de desarrollo. Las personas que participen en el programa recibirán adiestramiento sobre defensa, desarrollo de recursos y de conocimientos. El llenado de esta solicitud y la subsiguiente selección para el programa Liderazgo de Familias/Socios en la Creación de Políticas requiere un compromiso substancial de tiempo, motivación y energía. Entiendo que si soy aceptado, el Programa FLP requiere que yo asista y participe en TODAS las sesiones de dos días entre enero y julio. Cada sesión comienza un viernes a la mañana y concluye el sábado al mediodía. Yo prometo completar todas las tareas para la casa y los trabajos asignados en clase. Toda la información provista en la solicitud adjunta es correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Definición de “Discapacidades de Desarrollo”

El término “discapacidades de desarrollo” significa una discapacidad severa y crónica de una persona de cinco años de edad o mayor que (A) se atribuye a un impedimento mental o físico o una combinación de impedimentos mentales y físicos; (B) se manifiesta antes de que la persona llegue a la edad de veintidós años (22); (C) continúe probablemente en forma indefinida; (D) resulta en limitaciones funcionales substanciales en al menos tres de las siguientes áreas importantes de la vida diaria – cuidar de sí mismo, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, capacidad de vida independiente, dirigirse a sí mismo y ser económicamente autosuficiente; y (E) refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de cuidado, tratamiento u otros servicios especiales, interdisciplinarios o generales que sean de duración extendida o de por vida y que sean planeados y coordinados individualmente; excepto que cuando dicho término se aplica a infantes y niños jóvenes, significa entonces personas desde el nacimiento hasta la edad de cinco (5) años inclusive, que tienen una discapacidad de desarrollo o condición específica congénita o adquirida con alta probabilidad de resultar en discapacidades de desarrollo si no se proveen servicios.

Por favor incluya páginas adicionales si es necesario. Si usted necesita solicitudes adicionales, usted puede copiar esta solicitud o ir a nuestra página web en [www.ddcouncil.org](http://www.ddcouncil.org) e imprimir copias adicionales.

---

1. Díganos un poco sobre usted y su familia. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

2. ¿Por qué desea participar en este proyecto? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. Por favor enumere cualquier experiencia de defensa previa o actual. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

4. Describa una experiencia actual que ilustre su creatividad o flexibilidad en enfocar o resolver problemas de ofrecimiento de servicio para usted, un familiar u otra persona a la cual usted estaba representando. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

5. La defensa puede ser un proceso largo. Describa una experiencia que usted haya tenido que refleje su determinación, tenacidad y perseverancia. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

6. Si se lo selecciona para el programa de Liderazgo Familiar, ¿qué le gustaría cambiar en el sistema de ofrecimiento de servicios actual (describa un tema personal o un tema mayor que afectaría a todos). Por favor sea específico y brinde detalles. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. ¿Qué experiencias, perspectivas, talentos o conocimientos exclusivos podría usted brindar al programa de Liderazgo Familiar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Enumere las actividades en las que usted participa regularmente (empleo, trabajo voluntario, servicio a la comunidad, asignación en Juntas, etc.) que demuestren su compromiso para finalizar un proyecto y que ilustren su dedicación para ofrecer posibilidades a las personas con discapacidades. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. ¿Qué espera lograr con el programa de Liderazgo Familiar? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. ¿Cómo se enteró de este programa de adiestramiento? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Es usted el padre de un niño con una discapacidad de desarrollo? Sí No Si es sí, por favor indique si usted es: Padre Madre Guardián Legal

Edad e información breve sobre su hijo o hijos con discapacidad o discapacidades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se aplica la definición de “Discapacidad de Desarrollo” enumerada en la primera página de esta solicitud a usted o a su hijo? Sí No

Si la definición de “Discapacidad de Desarrollo” no se aplica a usted o a su hijo, pero hay una discapacidad, por favor descríbala brevemente (anexe páginas adicionales si es necesario): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor enumere dos referencias y haga que cada referencia complete la carta de recomendación adjunta:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

---

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD

¿Recordó hacer lo siguiente?

Completar TODAS las secciones de esta solicitud. Las Solicitudes con secciones e información personal incompletas NO pueden ser consideradas.

Incluir 2 cartas de recomendación (no las envíe por separado).

Incluir todas las páginas adicionales.

### LO INVITAMOS A QUE COPIE ESTA SOLICITUD

Gracias por su interés en este proyecto. Usted será contactado aproximadamente dos semanas después de la fecha límite para las solicitudes. Por favor recuerde que hay sólo un número limitado de vacantes disponibles para adiestramiento debido a limitaciones de presupuesto y espacio. Si usted tiene cualquier pregunta, comuníquese con el personal del Consejo para DD en la dirección o números de teléfono enumerados a continuación. Por favor envíe su solicitud y cartas de recomendación a:

Arkansas Governor’s Developmental Disabilities Council  
Freeway Medical Tower, 5800 West 10<sup>th</sup> Street, Suite 805  
Little Rock, Arkansas 72204  
(501) 661-2589 o 1-800-482-5400, Ext. 2589

# Programa de Adiestramiento de Liderazgo Familiar Socios en la Creación de Políticas

## Carta de Recomendación

Los participantes del programa Liderazgo de Familias/Socios en la Creación de Políticas (*Family Leadership/ Partners in Policymaking*) son padres de personas con discapacidades de desarrollo. Las personas que participen en este programa recibirán adiestramiento sobre defensa y creación de conocimientos y desarrollo de recursos. Los participantes del programa asistirán y participarán en todas las sesiones de dos días entre enero y julio. El llenado de las cartas de recomendación de la solicitud y la subsiguiente selección para el adiestramiento Liderazgo de Familias/Socios requiere un compromiso substancial de tiempo, motivación y energía.

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

NOTA PARA LA PERSONA QUE COMPLETE ESTA CARTA DE RECOMENDACIÓN:  
NO ENVÍE ESTA CARTA DE RECOMENDACIÓN POR CORREO AL CONSEJO PARA DD. TODAS LAS CARTAS DE RECOMENDACIÓN DEBEN SER ENVIADAS AL CONSEJO PARA DD POR EL SOLICITANTE, ADJUNTAS AL FORMULARIO DE SOLICITUD LLENO, Y DEBEN SER RECIBIDAS ANTES DE LAS FECHAS LÍMITE PUBLICADAS.

¿Cuál es su relación con el solicitante? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Cuánto tiempo ha conocido al solicitante? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

