

**Consejo para Discapacidades de Desarrollo  
del Gobernador de Arkansas**

Freeway Medical Toser – 5800 West 10th, Suite 805 – Little Rock, AR 72204  
(501) 661-2589 – Voz/TDD 1-800-482-5400 Ext. 2589 – Fax (501) 661-2399

Mike Huckabee  
Gobernador

**NOTIFICACIÓN**

**Por Favor Distribuir**

A: Partes Interesadas y Colegas  
DE: Consejo para Discapacidades de Desarrollo del Gobernador de Arkansas  
FECHA: 22 de diciembre, 2003  
TEMA: Nombramiento: Miembros del Consejo para DD

El Acta de Discapacidades de Desarrollo y de Declaración de Derechos ordena que se incluyan entre los miembros del Consejo personas con discapacidades de desarrollo, padres y familiares, y representantes de organizaciones locales o grupos de alcance estatal. Se adjuntan formularios de nominación para personas que satisfagan categorías específicas y que puedan estar interesadas en servir como Miembros del Consejo. El Consejo está recabando nombres de candidatos potenciales para enviarlos al Gobernador para ser considerados para nombramiento en el Consejo.

Por favor comparta este formulario con las personas que puedan estar interesadas en servir en el Consejo para Discapacidades de Desarrollo. La fecha límite para la recepción de formularios es el **30 DE ENERO DE 2004**. No se garantiza el nombramiento. Todos los nombramientos son responsabilidad del Gobernador y todos los nombrados serán contactados directamente por la oficina del Gobernador.

Gracias por su cooperación.

## CANDIDATOS PARA NOMBRAMIENTO EN EL CONSEJO PARA DD

El Consejo para Discapacidades de Desarrollo del Gobernador de Arkansas (DDC) anuncia que el Consejo está aceptando candidatos para membresía en las siguientes categorías:

- a) una persona con una discapacidad de desarrollo;
- b) padre o guardián de un niño con discapacidades de desarrollo
- c) familiar directo o guardián de un adulto con una discapacidad de desarrollo de impedimento mental que no pueda cuidarse de sí mismo; o
- d) un familiar directo o guardián de una persona internada o previamente internada con una discapacidad de desarrollo o una persona con una discapacidad de desarrollo que resida o haya residido previamente en una institución.

### DEFINICIÓN FEDERAL

*Discapacidad de Desarrollo –*

*(A) En General – El término “discapacidad de desarrollo” significa una discapacidad severa y crónica de una persona que –*

- i) Se atribuye a una discapacidad mental o física o combinación de discapacidades mentales y físicas.*
  - ii) Se manifiesta antes que la persona llegue a la edad de 22 años*
  - iii) Es probable que continúe en forma indefinida;*
  - iv) Resulta en limitaciones funcionales substanciales en al menos 3 de las siguientes áreas de importancia en la actividad diaria:*
    - (I) Cuidar de sí mismo.*
    - (II) Lenguaje receptivo y expresivo.*
    - (III) Aprendizaje.*
    - (IV) Movilidad.*
    - (V) Dirigirse a sí mismo.*
    - (VI) Capacidad de vida independiente.*
    - (VII) Suficiencia económica y autosuficiencia; y*
  - v) Refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o generales, apoyos individuales u otras formas de asistencia que sean de duración extendida o durante toda la vida y que sean planificadas y coordinadas en forma individual.*
- (B) INFANTES Y NIÑOS JÓVENES – Una persona desde el nacimiento hasta los 9 años de edad, inclusive, que tenga un retraso de desarrollo substancial o condición específica congénita o adquirida, puede considerarse como portadora de una discapacidad de desarrollo sin satisfacer al menos 3 de los criterios descritos en las cláusulas (i) a (v) del subpárrafo (A) si la persona, sin servicios ni apoyos, tiene una alta probabilidad de satisfacer dichos criterios en su vida futura.*

Todos los candidatos para membresía en el Consejo para DD deberían tener experiencia sirviendo en Comités; Juntas o Agencias/ organizaciones involucradas con personas con discapacidades de desarrollo, deberían tener conocimiento directo del campo de discapacidades de desarrollo, y deberían tener tiempo para asistir a la reunión trimestral del Consejo para Discapacidades de Desarrollo incluyendo tiempo para servir en comités.

Servir como miembro del Consejo brinda la oportunidad para involucrarse y trabajar junto a legisladores estatales, proveedores locales y consumidores para planear y conducir actividades que aumentarán y apoyarán la independencia, productividad y la integración a la comunidad de las personas con discapacidades de desarrollo. Los expedientes para solicitud están disponibles en la oficina del DDC y deben llenarse y devolverse al Consejo.

Todas las solicitudes se mantendrán archivadas para llenar vacantes futuras. Para mayor información y/o para obtener expedientes de solicitud, comuníquese con la oficina del DDC, 5800 West 10th Street, Suite 805, Little Rock, AR 72204; números de teléfono (501) 661-2589 (voz, TTY); 800-482-5400, ext. 2589 (sin cargo) o correo electrónico [wstewart@healtharkansas.com](mailto:wstewart@healtharkansas.com).

## **CATEGORÍAS REPRESENTATIVAS DE MIEMBRO DEL CONSEJO**

Por favor considérenme para un puesto como (por favor marque la categoría apropiada a continuación):

1. Persona con una discapacidad de desarrollo.

Yo satisfago este requerimiento porque (por favor describa su discapacidad de desarrollo e indique cuándo fue diagnosticada).

---

---

---

2. Padre o guardián de un hijo con una discapacidad de desarrollo.

Yo satisfago este requerimiento porque mi hijo tiene una discapacidad de desarrollo. (Por favor especifique su relación con la persona con la discapacidad de desarrollo, describa la discapacidad e indique cuándo fue diagnosticada).

---

---

3. Familiar directo o guardián de un adulto con una discapacidad de desarrollo de impedimento mental que no puede cuidarse a sí mismo.

Yo satisfago este requerimiento porque mi familiar tiene una discapacidad de impedimento mental. (Por favor especifique su relación con la persona con la discapacidad de desarrollo de impedimento mental, describa la discapacidad e indique cuándo fue diagnosticada).

---

---

4. Familiar directo o guardián de una persona internada o previamente internada con una discapacidad de desarrollo o una persona con una discapacidad de desarrollo o una persona con una discapacidad de desarrollo que reside o previamente residió en una institución. (Por favor complete secciones a y b).

a. Yo satisfago este requerimiento porque soy el familiar directo o guardián de una persona internada con una discapacidad de desarrollo. Por favor explicar: a) su relación con la persona, b) la discapacidad, e indicar cuándo comenzó, c) si la persona vive en una institución o vivió previamente en una institución, y d) el nombre de la institución.

---

---

---

b. Yo satisfago este requerimiento porque soy una persona con una discapacidad de desarrollo que reside o residió previamente en una institución. Por favor explicar: a) su discapacidad, e indicar cuándo fue diagnosticada por primera vez; b) si usted vive en una institución ahora o vivió en una en el pasado; c) el nombre de la institución o instituciones, y d) si usted ya no vive en una institución, cuánto tiempo hace que se mudó.

---

---

---

5. Representante de una organización privada sin fines de lucro relacionada con servicios para personas con discapacidades de desarrollo.

Nombre de la organización \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

a. ¿Cómo está relacionada la organización con servicios para personas con discapacidades de desarrollo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es su función en la organización o relación con la misma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **CARTAS DE RECOMENDACIÓN**

Por favor presente dos (2) cartas de recomendación. Las cartas de recomendación serán enviadas por las dos personas a continuación.

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **RESUMEN**

Por favor enviar carta, resumen o curriculum vitae además de este formulario de solicitud.

Enviar la solicitud y los demás materiales requeridos a más tardar el \_\_\_\_\_ a la dirección a continuación:

**Membership and Personnel Committee**  
Arkansas Governor's Developmental Disabilities Council  
5800 West 10<sup>th</sup> Street, Suite 805, Little Rock, AR 72204



**ACTIVIDADES CÍVICAS:**

---

---

---

---

---

**DECLARACIÓN DEL CANDIDATO:**

Deseo ser considerado para nombramiento en el Consejo para Discapacidades de Desarrollo del Gobernador de Arkansas porque:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---