

PARTNERS IN POLICYMAKING

INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA

¿Que es “Partners in Policymaking”?

- ▶ La misión del programa es crear futuros líderes y abogados en el área de discapacidades en Nuevo Mexico.
- ▶ Un currículo nacional que ha sido duplicado en diferentes partes de la nación y del mundo.
- ▶ Los participantes (Partners) asisten siete sesiones de 2 días cada una, en Albuquerque.
- ▶ Cada sesión comienza a la 1:00 p.m. el viernes y termina a las 3:00 p.m. el sábado.
- ▶ A los “Partners” se les da una tarea breve entre sesiones y también participan en un proyecto en grupos pequeños.
- ▶ Lideres nacionales y estatales en el movimiento de discapacidades presentan varios tópicos tales como:
 - ❖ Historia de Discapacidad y del Movimiento de Derechos de Discapacidades
 - ❖ Educación Inclusiva, Comunidad Inclusiva, Conflicto/Resolución
 - ❖ Apoyo en el empleo, Apoyo en la Vivienda
 - ❖ Política Federal y Proceso Legislativo
 - ❖ Proceso Legislativo Estatal y Asuntos del Momento
 - ❖ Organización de la Comunidad y Abogacía Local

¿Quienes deben solicitar?

Usted debe considerar solicitar si alguno de los siguientes le aplica:

- Si usted es apasionado en crear cambios positivos en el área de discapacidades.
- Usted quiere llegar a ser un abogado o líder en el área de discapacidades.
- Si usted aboga por usted mismo, es un familiar, o miembro de la comunidad con un interés en mejorar sistemas en Nuevo Mexico (por lo menos 2/3 del grupo debe consistir de auto-abogados/familiares).
- Usted quiere aprender más sobre el valor de la inclusión.

¿Donde y Cuando?

Los "Partners" asisten siete sesiones de 2 días cada una, en Albuquerque. Cada sesión comienza a la 1:00 p.m. el viernes

Marzo 8-9	Abril 12-13
Mayo 10-11	Junio 14-15
Julio 12-13	Agosto 16-17
Septiembre 13-14	

¿Cual es el costo?

El costo del programa se suspende para los participantes que son seleccionados a asistir. Esto incluye la matricula por las siete sesiones, alojamiento, y comidas, todos los arreglos los hacen los empleados de "Partners in Policymaking". Se les ofrecerá alojamiento por una noche a todos los participantes (hasta participantes que vivan en el área de Albuquerque/Metro) y un acompañante será asignado. "Partners in Policymaking" de Nuevo Mexico es apoyado en parte por el Departamento de Salud de N.M. y el Consejo de Planificación de Discapacidades del Desarrollo de N.M.

¿Necesita Ayuda?

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, contacte a Lauriann King a laking@salud.unm.edu o 505-272-5304, para el 7 de diciembre (una semana antes de la fecha limite de entrega).

Fecha Límite para entregar solicitud: 14 de diciembre del 2012

Solicitudes deben de tener un matasellos para la media noche del 14 de diciembre del 2012

Envíe a: *"Partners in Policymaking" de Nuevo Mexico*

Por favor imprima la solicitud, quédese con una copia, y envíe la original antes del 14 de diciembre del 2012. Cualquier pregunta puede ser dirigida a Lauriann King al (505) 272-5304, o a laking@salud.unm.edu.

Nota importante: Usted recibirá una notificación al recibo de su solicitud. Si usted no ha recibido una notificación del recibo de su solicitud para el 19 de diciembre, usted necesita contactarse con nosotros inmediatamente ya que eso significa que no hemos recibido su solicitud. Los solicitantes recibirán notificación de que han sido aceptados en el programa para finales de enero del 2013.

Quédese con las primeras dos paginas de información y envíe por correo la solicitud a:

2300 Menaul Blvd. NE, Albuquerque, NM 87107, Atención: Lauriann King

“Partners in Policymaking” de Nuevo Mexico Solicitud del 2013*

* La solicitud es buena solo para ésta sesión. Si usted ha llenado una solicitud en el pasado, usted todavía necesita completar ésta solicitud para ser considerado (a) para ésta próxima sesión.

Devuelva ésta solicitud para el 14 de diciembre del 2012 a:

“Partners in Policymaking” de Nuevo Mexico

2300 Menaul Blvd. NE, Albuquerque NM 87107,

Attn: Lauriann King

Para preguntas sobre la solicitud contacte a Lauriann King al (505) 272-5304 o al correo electrónico

laking@salud.unm.edu

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (Día): _____ Teléfono (Noche): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Oficio: _____

Estado Civil: _____ Correo Electrónico: _____

____ Hombre ____ Mujer

____ Caucásico ____ Africano Americano ____ Latino Americano ____ Nativo Americano

____ Asiático Otro Origen: _____

¿Cuales idiomas habla? _____

¿Es usted mayor de 18 años de edad (todos los solicitantes deben tener 18 años o mas)? SI NO

¿Tiene usted un tutor legal de custodia? SI NO

Si tiene un tutor legal, por favor escriba el nombre y la información de contacto abajo:

Nombre: _____

Tel. de contacto: _____

¿Quien esta llenando esta solicitud? _____

Si es diferente a la persona que esta solicitando, ¿quien ésta llenando esta solicitud? _____

(NOTA: Nosotros solamente podemos recibir solicitudes que provengan directamente de la persona que esta solicitando.)

Por favor marque todas las opciones que le apliquen a usted:

Nota: Por lo menos 2/3 del grupo seleccionado debe ser personas con discapacidades/familiares.

_____ Una persona con discapacidad.

_____ Una persona que trabaja en una agencia que da servicios a personas con discapacidades.

Nombre de la agencia: _____

_____ Padre/Madre de una persona con discapacidades.

Edad del Niño(s) con discapacidades _____

_____ Un familiar, que no sea padre/madre, de una persona con discapacidades.

Edad del familiar(es) con discapacidades _____

Describa la relación(es) (Hermano(a), pareja, etc.)

_____ Otro (describa)

Si es usted una **persona con discapacidades** o un **familiar**, por favor especifique sus discapacidad(es), las del niño(a), o las del familiar.

Preguntas de la Solicitud: Por favor conteste todas las preguntas que le apliquen. Si necesita espacio adicional para sus contestaciones siéntase en la libertad de añadir anexos si es necesario.

1. ¿Que usted espera ganar del programa "Partners in Policymaking"?

2. ¿Hay algún asunto en específico, área de preocupación, o problema que lo lleve a usted a solicitar a este programa?

3. Por favor describa como las discapacidades afectan su vida, ya sea personalmente o a través de un familiar con discapacidades.

4. ¿Que tipo de experiencias usted ha tenido en abogacía para personas con discapacidades? Por favor describa en detalle, enumerando los esfuerzos en escribir cartas, abogacía personal, testimonio público, etc. (Nota: Si usted no tiene estas experiencias, todavía solicite. "Partners" le brindara éste tipo de experiencias).

5. ¿Cual es su visión para las personas con discapacidades en Nuevo Mexico?

6. ¿Que tipo de servicios usted o su niño(a) están recibiendo actualmente? (Por ejemplo: terapia, cuidado de relevo, manejo de casos, vocacional, etc.)

7. Por favor mencione el involucramiento en organizaciones o grupos cívicos y oficinas a los cuales usted pertenece. Tenga en cuenta que esto no es un requisito para solicitar. (Por ejemplo: Arc, Miembro de la Junta de Directores, PTA, Presidente, etc.) Nombre de la Organización.

8. Por favor describa que tipo de impacto usted quiere hacer en la comunidad y como usted se ve a si mismo tomando lo que aprendió en "Partners in Policymaking"® de regreso a su comunidad.

9. ¿Hay alguna otra cosa importante que nosotros debamos saber de usted?

10. Por favor mencione 2 personas que saben de su interés en asuntos de discapacidades. (Por ejemplo: lugar de trabajo, maestro(a), consejero espiritual, etc.) Tome en cuenta que puede ser que contactemos a estas personas como referencia.

A) Nombre: _____	B) Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Teléfono (____) _____	Teléfono (____) _____
Número (Día) (____) _____	Número (Día) (____) _____

11. ¿Como usted supo de "Partners in Policymaking"?

- Un graduado de "Partners in Policymaking" : _____
- Agencia: _____
- Correo Electrónico de: _____
- Otro: _____

Compromiso Personal

El proyecto de Partners in Policymaking requiere un compromiso significativo de tiempo y energía. La participación incluye un programa de dos días por mes desde marzo 2013 hasta septiembre 2013. Se le requiere que cada mes una tarea simple sea completada y entregada en la próxima sesión. En adición a eso, cada participante debe ser parte de un proyecto en grupo pequeño el cual debe ser completado durante el año. Por favor considere su compromiso a este programa antes de solicitar.

1. Estoy **comprometido** a asistir siete sesiones de dos días cada una: ___Si ___No
2. Entiendo que la asistencia es **requerida**: ___Si ___No
3. Estoy **comprometido** a completar mis tareas mensuales: ___Si ___No
4. Entiendo que el completar mis tareas es **requerido**: ___Si ___No
5. Estoy **dispuesto** a participar en un proyecto de grupo: ___Si ___No
6. Entiendo que es **requerido** el completar el proyecto: ___Si ___No

Partners in Policymaking no es un programa de prestaciones. La participación en el programa es altamente competitiva y los espacios son limitados. Si usted es aceptado como participante en la clase del 2013 de "Partners in Policymaking", se espera que usted asista y participe activamente en cada una de las sesiones. El usted no llenar las condiciones y términos del programa resultara en que se le pida que abandone el programa.

He leído y entendido la amonestación previa y estoy de acuerdo ha comportarme de acuerdo a ello.

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

SOLICITANTES LLENEN ESTA SECCION

Por favor conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a estar preparados para la sesión si usted es elegido. Las contestaciones a estas preguntas no están consideradas como parte del proceso de revisión de la solicitud.

ACOMODACIONES

1. Por favor marque las siguientes acomodaciones que usted necesita para poder participar:

- Accesibilidad para Silla de Ruedas
- Documentos en Letra Grande. Tamaño de la Letra: _____
- Asiento cerca del frente
- Interprete de Lenguaje de Señas
- Servicios de Traducción/Interpretación. Lenguaje: _____
- Otro (sea específico): _____

2. ¿Tiene usted actualmente un asistente de cuidado personal para sus necesidades del diario vivir?

SI NO

3. PEDIDOS ESPECIALES ALIMENTICIOS: "Partners in Policymaking" hará el mejor esfuerzo en garantizar las acomodaciones alimenticias pero es responsabilidad del participante de recordarle a los empleados del hotel que sus necesidades sean llenadas. Partners in Policymaking no puede hacerse responsable de las modificaciones de los pedidos alimenticios.

Por favor marque los requisitos de comida especiales que le apliquen:

- Vegetariano
- Vegetariano estricto
- Alergias de Alimentos: _____
- Otro: _____

4. ACOMODACIONES DE HOTEL: Se les ofrecerá alojamiento a todos los participantes seleccionados en un hotel designado con cuartos compartidos incluyendo los residentes de Albuquerque. Es recomendado a todos los participantes que se hospeden en el hotel pero no es obligación. Los cuartos están disponibles para los participantes solamente (no para sus familias, ni amigos, etc.).

AVISO IMPORTANTE: El programa de "Partners" no provee servicios de infantería, relevo ni asistencia de cuidado personal.

HABITACION DOBLE:

¿Usted se quedaría en el hotel? (es recomendado pero no es obligación) SI NO

CUARTOS SENCILLOS: "Partners" ofrecerá cuartos sencillos solamente si el asistente de cuidado personal se va a quedar con el participante o si un medico firma una nota de "necesidad medica" que indique que el participante necesita un cuarto sencillo.

¿El asistente de cuidado personal se va a quedar con usted? SI NO

¿Usted anticipa una carta firmada por su medico verificando su necesidad por un cuarto sencillo? SI NO

Usted elige quedarse en un cuarto sencillo pero no marco ninguna de las casillas anteriores, así que usted sabe que será responsable por la mitad del precio del cuarto.
SI

CUARTO ACCESIBLE:

¿Usted necesita un cuarto accesible? SI NO

Por favor escriba cualquier comentario adicional en relación al alojamiento:

Si es usted seleccionado, por favor marque lo siguiente si esta usted de acuerdo:

- Yo le permitiré a "Partners in Policymaking" a que distribuya mi correo electrónico a otros participantes de "Partners" que están actualmente en el programa.
- Yo le permitiré a "Partners in Policymaking" a que distribuya mi correo electrónico a los graduandos de "Partners".
- Yo le permitiré a "Partners in Policymaking" a distribuir mi correo electrónico a agencias estatales interesadas con la intención de conectar a lideres y abogados en Nuevo Mexico.

Firma del Solicitante

Fecha

REGRESE LA SOLICITUD COMPLETA PARA EL 14 DE DICIEMBRE, A*:

Partners in Policymaking de Nuevo Mexico
2300 Menaul Blvd. NE, Albuquerque, NM 87107
Atención: Lauriann King

*Usted recibirá una notificación al recibo de su solicitud. Si usted no ha recibido una notificación del recibo de su solicitud para el 19 de diciembre, usted necesita contactarse con nosotros inmediatamente ya que eso significa que no hemos recibido su solicitud. Solicitantes recibirán una notificación de que han sido aceptados en el programa para fin de enero del 2013.

¡Gracias por su interés en "Partners in Policymaking"!

Por favor siéntase en la libertad de compartir copias de esta solicitud con cualquier persona que pueda estar interesada.