



Alabama Council on Developmental Disabilities

Solicitud de Miembro del Consejo del ACDD

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con Darryle Powell al (334) 242-3976 o darryle.powell@mh.alabama.gov. Los formatos alternativos están disponibles a pedido.

Nota: Las discapacidades del desarrollo son discapacidades graves de por vida atribuibles a impedimentos mentales y/o físicos, que se manifiestan antes de los 22 años. Las discapacidades del desarrollo resultan en limitaciones sustanciales en tres o más áreas de las principales actividades de la vida:

- autocuidado,
- lenguaje receptivo y expresivo,
- aprendizaje,
- capacidad de vida independiente,
- movilidad,
- autosuficiencia económica, y
- autodirección

Las personas con discapacidades del desarrollo requieren servicios y apoyos planificados y coordinados individualmente de por vida, o por un período prolongado, para poder vivir en la comunidad.

Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

Información de Contacto

Nombre _____

Domicilio Completo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____

Número Telefónico _____

Número de Teléfono Alternativo _____

Correo Electrónico _____

Demografía

Residente de Alabama Sí No

Género

Femenino Masculino No Binario

Prefiere auto describirse: _____ Prefiere no decirlo

Raza y Etnia

Asiático Negro o Afroamericano Hispano o Latino

Nativo americano, indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Blanco o caucásico

Otro o Prefiere auto describirse: _____

Estado de Empleo

Seleccione su Estado Laboral.

Empleado Trabajador por Cuenta Propia Desempleado

Otro o Prefiere Describir: _____





¿Ha servido alguna vez en el Consejo? Sí No

Si ha servido en el Consejo, proporcione su historial de nombramientos.

¿Qué categoría de membresía está solicitando?

- Una persona con una discapacidad del desarrollo
- Una persona con una discapacidad del desarrollo que vive o ha vivido en una institución (p. ej., Centro de Desarrollo Partlow, hogar de ancianos, etc.)
- Un padre o tutor legal de un niño con una discapacidad del desarrollo menor de 18 años
- Un pariente inmediato (es decir, cónyuge, padre, abuelo, hermano, hermana) o tutor legal de un adulto con una discapacidad mental del desarrollo que no puede defenderse a sí mismo (a)
- Un pariente inmediato (es decir, cónyuge, padre, abuelo, hermano, hermana) o tutor legal de una persona con una discapacidad del desarrollo que vive o ha vivido en una institución
- Agencia local y no gubernamental que se ocupa de los servicios para personas con discapacidades del desarrollo
- Grupo privado sin fines de lucro preocupado por los servicios para personas con discapacidades

Si usted es una persona con una discapacidad del desarrollo, describa su discapacidad, incluido cómo su discapacidad lo afecta en tres o más áreas de las principales actividades de la vida. _____

Si usted es una persona con una discapacidad del desarrollo que vive o ha vivido en una institución (por ejemplo, Centro de Desarrollo Partlow, hogar de ancianos, etc.), agregue el nombre de la institución y cuánto tiempo vivió o ha vivido allí. _____

Si usted es padre o tutor legal de un niño con una discapacidad del desarrollo menor de 18 años, infórmenos sobre su hijo, incluida su discapacidad y edad. _____



Si usted es un pariente inmediato (es decir, cónyuge, padre, abuelo, hermano, hermana) o tutor legal de un adulto con una discapacidad del desarrollo mental que no puede defenderse a sí mismo, cuéntenos sobre su familiar, incluido su relación con usted, discapacidad, edad y por qué él o ella no puede defenderse a sí mismo. _____

Si es pariente inmediato (es decir, cónyuge, padre, abuelo, hermano, hermana) o tutor legal de una persona con una discapacidad del desarrollo que vive o ha vivido en una institución, proporcione más información, incluido el nombre de la institución, y cuánto tiempo vivió o ha vivido allí. _____

Si representa a una agencia local y no gubernamental o a un grupo privado sin fines de lucro, proporcione información sobre la organización, incluido el nombre, su cargo y su compromiso con las personas con discapacidades del desarrollo. _____

¿Por qué desea estar en el Consejo? _____

¿Qué fortalezas trae al Consejo? _____

¿Qué ideas tiene para mejorar la vida de las personas con discapacidades del desarrollo y sus familias en Alabama? _____

Enumere cualquier participación que tenga o haya tenido con organizaciones comunitarias, organizaciones de discapacidad u otros tipos de experiencias que tenga o haya tenido en la defensa de las personas con discapacidades del desarrollo. _____

¿Cuál es su nivel de comodidad para hablar ante grupos y hacer presentaciones?

Extremadamente cómodo Cómodo Incómodo

¿Cuál es su nivel de comodidad al proporcionar información a los funcionarios estatales y locales?

Extremadamente cómodo Cómodo Incómodo

¿Tiene compromisos o conflictos que podrían impedirle asistir a las reuniones trimestrales del Consejo?

Sí No Otro o Prefiere Describir: _____

¿Hay alguna adaptación que necesitará para participar como miembro del Consejo? Sí No

En caso afirmativo, describa las adaptaciones necesarias. _____

¿Cómo se enteró del Consejo de Discapacidades del Desarrollo de Alabama?

Amigo o familiar Sitio web Cartelera Oficina del Gobernador de Alabama Radio

Otro: _____

Gracias por sus respuestas.
Recibirá un correo electrónico de confirmación y/o una carta
confirmando la recepción de esta solicitud.



Consejo de Discapacidades del Desarrollo de Alabama

RSA Union Building | 100 North Union Street, Suite 682 | Post Office Box 301410 | Montgomery, Alabama 36130-1410

Teléfono: 334-242-3976 | Línea Gratuita: 1-800-232-2158 | www.ACDD.org | [Facebook.com/ACDDAL](https://www.facebook.com/ACDDAL)