



**Formulario de Solicitud de Apoyo de Inclusión del
Tualatin Hills Park & Recreation District**

Complete este formulario y envíelo a:
15707 SW Walker Ave Beaverton, OR 97006
Correo electrónico: inclusion@thprd.org. Teléfono: 503-629-6330

Fecha: _____

Nombre del participante: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL THPRD: _____

Nombre del tutor: _____ Relación con el participante: _____

Teléfono: (1º) _____ (2º) _____ Correo electrónico: _____

Idioma preferido de comunicación: Inglés Español Otro: _____

Describe las adaptaciones que necesita (puede incluir la naturaleza de la discapacidad):

¿La persona ha participado antes en programas de recreación del THPRD? Sí No

¿La persona ha recibido servicios de inclusión en el último año? Sí No

Las personas con discapacidades que reúnen los requisitos y que quieren participar en los programas del THPRD con el apoyo de los servicios de inclusión deben enviar su Formulario de Solicitud de Apoyo de Inclusión trimestral y el Formulario de Apoyo de Inclusión anual **dos (2) semanas antes de la fecha de inicio de CUALQUIER actividad del programa para tener tiempo suficiente para procesar el papeleo y designar al personal de apoyo.**

Nombre de la clase/actividad	Número de la clase (empieza con 2 letras)	Lugar	Fecha(s)	Horario(s)

Use más hojas si es necesario

- RECORDATORIO DE NUEVA SOLICITUD:** las solicitudes deben completarse y firmarse en cada período (trimestre) para mantener la información actualizada y para asegurar la disponibilidad del personal. Los Formularios de Apoyo de Inclusión no se consideran completos hasta que no estén firmados.
- FORMULARIO DE APOYO DE INCLUSIÓN:** el Formulario de Apoyo de Inclusión debe completarse anualmente o cuando haya cambios, por ejemplo: cambio en el apoyo conductual, nuevos desencadenantes, diagnósticos, IEP actualizado.
- RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE/TUTOR:** el participante o el tutor es responsable de informar a los Servicios de Inclusión sobre adiciones o eliminaciones en el horario de arriba apenas ocurran. Esto incluye dejar una clase, llegadas tarde, Salidas antes de tiempo, ausencias planificadas, etc.

Información sobre el usuario

Naturaleza de la discapacidad (marque todo lo que corresponda)

- Espectro autista Síndrome de Down
- Trastorno por déficit de atención/Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD/ADHD) Trastorno del procesamiento sensorial
- Ansiedad Trastorno negativista desafiante Trastorno del espectro alcohólico fetal
- Cognitiva Aprendizaje Otra: _____
- Asiste al Northwest Regional ESD
- Tiene un IEP

¿Tiene restricciones alimenticias o alergia/intolerancia a los alimentos?

En caso afirmativo, especifique: _____

Comunicación (marque todo lo que corresponda)

- Responde a su nombre Habla comprensiblemente Apunta a imágenes
- Lee los labios Libro de comunicación Entiende indicaciones simples
- Participa en conversaciones
- Usa lenguaje de señas: Básico Fluido

¿Cómo podemos ayudar con la comunicación? _____

Sensorial (marque todo lo que corresponda)

- Ansiedad sensorial Hipersensibilidad sensorial Hiposensibilidad sensorial
- Escaso control motriz Escaso control postural

Sensible a: Sonido Tacto Vista Gusto Olfato Movimiento

Necesidades sensoriales para que tomemos en cuenta: _____

Vista (marque todo lo que corresponda)

- Legalmente ciego Usa anteojos Visión parcial
 Solo visión del ojo derecho Solo visión del ojo izquierdo

¿Cómo podemos ayudar con la visión? _____

Audición (marque todo lo que corresponda)

- Sordo Usa audífonos Audición parcial Escucha del oído izquierdo
 Escucha del oído derecho

¿Cómo podemos ayudar con la audición? _____

Movilidad (marque todo lo que corresponda)

- Camina por sin ayuda Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica
 Andador Corsé ortopédico Bastón Equilibrio inestable Antecedentes de caídas
 Usa un aparato de movilidad por sí solo Necesita asistencia para la movilidad

¿Tiene limitaciones relacionadas con las actividades? _____

¿Cómo podemos ayudar con la movilidad? _____

Cuidado personal

Tome en cuenta lo siguiente: los Asistentes de Inclusión no dan atención personalizada, incluyendo, entre otros: ir al baño, vestir, transportar, alimentar, etc.

Apoyo conductual

¿El participante tiene preocupaciones conductuales en su casa? Sí No

¿El participante tiene preocupaciones conductuales en la escuela? Sí No

¿Está dispuesto a compartir un IEP si corresponde? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

¿En qué momento es más probable que ocurran los comportamientos? _____

¿Qué técnicas se usan en casa o en la escuela para ayudar a reducir la intensidad? _____

Explique cuál es la mejor forma de asistir al participante (métodos, indicaciones, ayudas visuales, y dé ejemplos si es posible).

Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se puede quedar solo | <input type="checkbox"/> Reconoce el peligro |
| <input type="checkbox"/> Deambula o se va del grupo | <input type="checkbox"/> Se escapa/riesgo de fuga |
| <input type="checkbox"/> Pedirá asistencia si la necesita | <input type="checkbox"/> No puede comunicar sus necesidades |
| <input type="checkbox"/> Se pone en riesgo | <input type="checkbox"/> Toma las pertenencias de otros |
| <input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo con otros | <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo con otros |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Se distrae con facilidad/le cuesta concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Se sobreestimula con facilidad | |

Tiene miedos/preocupaciones específicas
(si marcó esta opción, enumere): _____

Tiene desencadenantes específicos
(si marcó esta opción, enumere): _____

Fortalezas e intereses

Enumere una o más de las actividades o los pasatiempos favoritos del participante: _____

Enumere uno (talentos) o más de los talentos del participante (ocultos o conocidos): _____

Marque todo lo que corresponda con los tipos preferidos de juegos del participante

- Juego con compañeros Juego independiente Juego imaginativo
 Juego físicamente interactivo Juego exploratorio Juego tranquilo Juego creativo

Objetivos de inclusión

¿Qué le gustaría que el participante obtuviese de nuestros servicios? _____

En una actividad estructurada, ¿qué contribuyó a que el participante tenga éxito? _____

En una actividad estructurada, ¿qué contribuyó a que el participante no tenga éxito? _____

Objetivo del participante	¿Cómo contribuyó el personal al crecimiento y desarrollo del objetivo?
Habilidades sociales	
Límites adecuados	
Comunicación	
Participación	
Habilidades de independencia	
Interacciones positivas con los compañeros	
Otros (objetivos): _____	

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros?

Reconocimiento y exoneración

- Entiendo que el THPRD NO da Servicios de Inclusión para los programas sin cita previa.
- Entiendo que este servicio NO está diseñado para los servicios de asistencia diurna.
- Confirmando que he leído el Manual de Inclusión para Padres y Tutores antes de firmar este documento.
- Entiendo que el Asistente de Inclusión NO da atención personalizada, incluyendo, entre otros: ir al baño, vestir/cepillar, trasladar, etc. para los Servicios de Inclusión.
- Entiendo que ni yo ni mi hijo tenemos garantizada la asignación de personal específico ni de apoyo individual.
- Entiendo que el Asistente de Inclusión no establece la estructura del programa y que, si tengo preocupaciones sobre esta, debo contactarme con el Coordinador del Programa para el programa específico en el que participa.
- Estoy de acuerdo con la divulgación de información del IEP/ICP (Plan de Educación Individualizado/Plan de Cuidado Individualizado) del participante y con dar una copia de su IEP/ICP a los Servicios de Inclusión del Tualatin Hills Park & Recreation District a pedido (si corresponde).
- Estoy de acuerdo con dar mi permiso a los Servicios de Inclusión del Tualatin Hills Park & Recreation District para que se contacten con el equipo de cuidado del participante para hablar sobre la información dada en el ICP (si corresponde).
- Entiendo que es mi responsabilidad darles a Servicios de Inclusión la información más actualizada sobre el participante y sus habilidades para ayudar a que las adaptaciones se ajusten a sus necesidades. Luego, Servicios de inclusión le comunicará esta información al Asistente de Inclusión.
- Entiendo que debo notificarle al Especialista de Adaptación e Inclusión o al Asistente de Adaptación e Inclusión con al menos cinco horas de anticipación si mi hijo no puede ir a un programa.
- Entiendo que, si el Asistente de Inclusión tiene una emergencia, cuando no se pueda encontrar un Asistente de Inclusión sustituto, el participante puede ir al programa. Si la persona no puede participar con éxito en el programa, se seguirá el sistema de disciplina progresiva establecido. Si hay un riesgo de seguridad demostrado relacionado con la participación de la persona, ese día la persona puede no participar en el programa.
- **Entiendo que el plan de adaptación del participante no lo exime de seguir las reglas y las consecuencias del Tualatin Hills Park & Recreation District incluyendo, entre otras, la suspensión o la expulsión de emergencia si sus comportamientos exceden el control de nuestro personal. Esto aplica a todos los programas o centros del distrito. La adaptación en el lugar puede ayudarlo a cumplir estas reglas, pero no lo exime de seguirlas.**

Firma del tutor: _____

Fecha: _____