

Fecha de recepción:

Solicitud de apoyo para la inclusión

Por favor, complete este formulario y envíelo a:
Correo electrónico: inclusion@thprd.org o 7475 SW Oleson Road, Portland OR 97223
Teléfono: 503-629-6341



Nombre del participante: _____ ID de THPRD: _____

Persona que completa el formulario si es diferente del participante: _____

El programa de Servicios de Inclusión de THPRD brinda apoyo y acomodaciones que ayudan a los clientes con una discapacidad a participar en la amplia variedad de programas y actividades disponibles a través de THPRD.

Para recibir apoyo de inclusión de THPRD, debe verificarse mediante uno de los siguientes métodos; indique con sus iniciales el documento que puede proporcionar:

- ☐ Médico, enfermero especializado, psicólogo certificado o con licencia o trabajador social clínico con licencia
- ☐ Calificado para recibir servicios de intervención temprana/educación especial para la primera infancia
- ☐ Elegibilidad para el Ingreso de Seguridad Suplementario

¿Ha participado el individuo en programas THPRD anteriormente? (encierre en un círculo). Sí No

THPRD requiere una notificación mínima de dos semanas para el procesamiento de las solicitudes de servicios de inclusión.

El formulario de apoyo a la inclusión debe completarse anualmente; a partir de la fecha de entrega o cuando se produzcan cambios, por ejemplo, cambio en el apoyo conductual, nuevos desencadenantes, diagnósticos, IEP actualizado.

Fecha de recepción:

Comunicado de reconocimiento

Entiendo que los Servicios de Inclusión de THPRD **NO**:

- Proporciona personal para programas sin cita previa
- No es un servicio de guardería
- Proporciona cuidado personal (incluyendo, entre otros, ir al baño, vestirse/arreglarse, trasladarse, etc.)

Entiendo:

- Que el Asistente de Inclusión no dicta la estructura del programa, y si tengo inquietudes sobre la estructura del programa, debo comunicarme con el Coordinador del Programa para el programa específico al que estoy asistiendo.
- Que he leído el Manual de Inclusión para padres y tutores antes de firmar este documento.
- Que a los participantes no se les garantizan asignaciones de personal específicas.
- Es mi responsabilidad proporcionar a Servicios de Inclusión la información más actualizada sobre las capacidades del participante para ayudarlo a encontrar adaptaciones que satisfagan sus necesidades. El personal de Servicios de Inclusión comunicará esta información al Asistente de Inclusión.
- Si un asistente de inclusión no está disponible por algún motivo, el participante aún podrá asistir al programa.
- Si existe un riesgo de seguridad demostrado asociado con la participación del individuo, este puede ser retirado del programa y se iniciará la política de comportamiento de THPRD.
- **Entiendo que el plan de Éxito de Inclusión del participante no lo exime de cumplir con las normas del Distrito de Parques y Recreación de Tualatin Hills, incluyendo, entre otras, la suspensión de emergencia o la expulsión si sus comportamientos representan un riesgo para la seguridad. Esto aplica a todos los programas e instalaciones del Distrito.**

Estoy de acuerdo:

- En compartir la información del IEP/ICP (Plan Educativo Individualizado/Plan de Cuidado Individualizado) del participante y proporcionar una copia del IEP/ICP a los Servicios de Inclusión del Distrito de Parques y Recreación de Tualatin Hills enviando un correo electrónico a inclusion@thprd.or (si corresponde).
- Dar permiso a los Servicios de Inclusión del Distrito de Parques y Recreación de Tualatin Hills para que se comuniquen con el equipo de cuidado del participante para analizar la información proporcionada en el ICP (si corresponde).
- Notificar a los Servicios de Inclusión de THPRD con un mínimo de **dos semanas** de anticipación al inicio del programa si se necesita apoyo.
- Notificar al Especialista en Adaptación e Inclusión y/o al Asistente de Adaptación e Inclusión si mi participante no puede asistir a un programa antes del día en que se lleva a cabo el programa.

Firma del participante/tutor: _____ Fecha: _____

Fecha de recepción:

Información del participante

Naturaleza de la discapacidad diagnosticada: marque todas las que correspondan

- ☐ Demencia/Alzheimer
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Trastorno de estrés postraumático (PTSD)
- ☐ Lesión cerebral adquirida
- ☐ Espectro autista ☐ Síndrome de Down ☐ ADD/ADHD ☐ Trastorno del procesamiento sensorial
- ☐ Ansiedad ☐ Diabetes ☐ Parálisis cerebral ☐ Aprendiendo ☐ Diferencia de extremidades/pérdida
- ☐ Otro:

Por favor, describa las acomodaciones que necesita:

¿Existen restricciones dietéticas o alergias/intolerancias alimentarias?

En caso afirmativo, por favor, especifique:

¿Tiene el participante un Programa Educativo Individualizado (IEP)? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, adjúntelo a esta solicitud o comparta el IEP por correo electrónico a inclusion@thprd.org

Fecha de recepción:

Comunicación: marque todas las que correspondan

☐ Responde a su nombre ☐ Habla inteligible ☐ Señales de imagen ☐ Lee los labios

☐ Dispositivo de comunicación/AAC ☐ Comprende instrucciones simples ☐ Participa en conversaciones

Utiliza lenguaje de señas: ☐ Básico ☐ Fluido

¿Cómo podemos ayudar con la comunicación?

Sensorial: marque todas las que correspondan

☐ Ansia sensorial ☐ Hiper respuesta sensorial ☐ Insuficiencia sensorial

Sensible a: ☐ Sonido ☐ Tacto ☐ Vista ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Movimiento

Necesidades sensoriales que debemos tener en cuenta:

Visión: marque todas las que correspondan

☐ N / A

☐ Legalmente ciego ☐ Usa gafas

☐ Solo visión derecha ☐ Solo visión izquierda

Si corresponde, explique cómo podemos ayudarle con las acomodaciones de la visión.

Audición: marque todas las que correspondan

☐ N / A

☐ Sordo ☐ Usa audífonos ☐ Oye con el oído izquierdo

☐ Oye con el oído derecho

Fecha de recepción:

Si corresponde, explique cómo podemos ayudarle con las acomodaciones auditivas.

Movilidad: marque todas las que correspondan

- ☐ Camina de forma independiente ☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas eléctrica
☐ Andador ☐ con soporte de bastón ☐ Equilibrio inestable ☐ Historial de caídas
☐ Utiliza el dispositivo de movilidad de forma independiente

Si corresponde, explique cómo podemos ayudarle con las acomodaciones de movilidad. ¿Tiene alguna limitación relacionada con las actividades?

Cuidado personal*

¿El participante necesita recordatorios verbales para ir al baño?

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, por favor, explique:

** Nota: Los asistentes de inclusión no brindan cuidado personal (incluyendo, entre otros, ir al baño, vestirse, transportarse, comer, etc.). THPRD se complace en incorporar cuidadores a programas para esta necesidad. Escanee el código QR a continuación para registrarse como cuidador no perteneciente a THPRD.*

Apoyo conductual

Fecha de recepción:

Marque todas las que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Necesita supervisión constante por seguridad | <input type="checkbox"/> Reconoce el peligro |
| <input type="checkbox"/> Se aleja o abandona el grupo | <input type="checkbox"/> Se escapa/riesgo de fuga |
| <input type="checkbox"/> Pedirá ayuda cuando sea necesario | <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 hacia otros | <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo hacia otros |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo (verbal/físicamente) | |
| <input type="checkbox"/> Se sobre estimula fácilmente. concentrarse. | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente/dificultad para |

☐ Tiene miedos o preocupaciones específicos (si los marca, enumérellos):

☐ Tiene desencadenantes específicos (si los marca, enumérellos):

¿Tiene el participante problemas de comportamiento en casa? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el participante preocupaciones de comportamiento en la escuela? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, descríbalos:

¿Cuándo es probable que ocurran los comportamientos?

¿Qué técnicas se utilizan en casa y/o en la escuela para ayudar a reducir las conductas?

Fortalezas e intereses

Fecha de recepción:

Enumere las actividades o pasatiempos favoritos del participante:

Enumere los talentos del participante:

Marque todas las opciones que correspondan con los tipos de juego preferidos por el participante.

☐ Juego entre pares ☐ Juego independiente Juego imaginativo ☐
Juego físicamente interactivo ☐ Juego exploratorio ☐ Juego tranquilo ☐ Juego creativo

Metas de inclusión

¿Qué le gustaría que el participante obtuviera de nuestros servicios?

¿Qué ha ayudado al éxito del participante en una actividad estructurada? _____

¿Qué ha ayudado a que el participante *no* tenga éxito en una actividad estructurada?

Fecha de recepción:

| | Metas del participante/tutor |
|---|---|
| Habilidades sociales/Interacciones positivas con los compañeros | <input type="checkbox"/> Iniciar conversaciones con otros <input type="checkbox"/> Practicar tomar turnos <input type="checkbox"/> Transición con grupo <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Límites | <input type="checkbox"/> Capaz de respetar el espacio de otras personas <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Comunicación | <input type="checkbox"/> Pedir ayuda/permiso (círculo) <input type="checkbox"/> Hablar con personas a las que no conoce <input type="checkbox"/> Aprender a expresar deseos/necesidades/emociones de forma positiva <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Habilidades de independencia | <input type="checkbox"/> Iniciar tareas activamente por su cuenta <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| Otras metas | |

¿Hay algo más que te gustaría compartir con nosotros?

Inscripciones a clases y/o programas

***Toda la documentación debe recibirse dos (2) semanas antes de la fecha de inicio de CUALQUIER actividad del programa para tener tiempo suficiente para procesar la documentación y asignar personal de apoyo.**

Complete el siguiente formulario con los programas en los que está registrado:

Fecha de recepción:

| Nombre de la clase/actividad | Número de clase (Empieza con 2 letras) | Fecha(s) | Horario(s) |
|------------------------------|---|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Utilice hojas adicionales si es necesario.

Renovación del Apoyo de Inclusión: Se debe completar un formulario de inscripción para cada nueva inscripción. Esto incluye, entre otros, clases del nuevo trimestre, días sin clases para Thrive (remunerados o no) y cualquier otro programa.