|  |  |
| --- | --- |
| ***D-LEAN: La Red de Acción de Experiencia Vivida de la Discapacidad***  Únase a la Comunidad de Aprendizaje Participativo de D-LEAN para Comunidades Negras/Afroamericanas y Latinos/as/Latinx con Discapacidad del Desarrollo, Intelectual y/o Mental  Regístrese hoy | logoColectivo de Recuperación Latina de Yale |

**Formulario de solicitud**

**Fecha de entrega de la solicitud: 21 de julio de 2022**

Agradezco su interés.

El Programa de Yale para la Recuperación y la Salud Comunitaria y el Colectivo Latino de Yale quieren invitarlo a participar en una serie de Seis Conversaciones Comunitarias Interactivas para explorar los temas de derechos, responsabilidades, roles, relaciones y recursos de la inclusión comunitaria.

¿Tienes 18 años o más?

\_\_\_ Sí

\_\_\_ No

## Información de contacto

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Dirección |  |
| Ciudad, Estado, Código postal |  |
| Número de teléfono |  |
| Correo electrónico/email |  |

## Requisitos del participante (por favor verifique si estás de acuerdo)

|  |
| --- |
| Me identifico como una persona con una discapacidad (mental, intelectual, de desarrollo). |
| Tengo acceso a una computadora / dispositivo móvil, acceso **confiable al Internet / Wi-Fi y equipo que se describa abajo.** |
| Puedo asistir a una sesión de 1.5 horas cada semana durante seis semanas los jueves de 12 pm a 1:30 pm, comenzando el 28 de julio y finalizando el 1 de septiembre. |

Utilizaremos Zoom para videoconferencias. Para unirte, necesitarás:

* Una conexión en línea: banda ancha por cable o teléfono inalámbrico / móvil
* Altavoces y un micrófono: plug-in incorporado o USB o Bluetooth inalámbrico
* Una cámara web o cámara web HD: incorporada o complemento USB
* O una cámara HD o una videocámara HD con una tarjeta de captura de vídeo

Preguntas: Por favor, responda a las preguntas siguientes. ¡Gracias!

## Pregunta 1:

## Por favor, cuéntanos un poco sobre ti. ¿Quién eres y qué haces? (Aproximadamente 250 palabras)

|  |
| --- |
|  |

## Pregunta 2:

## Por favor, díganos por qué quiere participar en la comunidad de aprendizaje. ¿Cuáles son algunos de los cambios que le gustaría ver impactando a la comunidad de discapacitados? (Aproximadamente 250 palabras)

|  |
| --- |
|  |

## Información opcional

### **Marque las casillas abajo según le corresponda.**

|  |
| --- |
| Datos demográficos (por favor marque todos los que correspondan):  Datos demográficos (marque todo lo que corresponda):  Origen étnico (p. ej., jamaicano, haitiano, nigeriano, afroamericano, latino/a/x, hispano [puertorriqueño, brasileño, colombiano, argentino, mexicano, etc.])  Yo soy\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Raza:  \_\_\_ Afroamericano/Negro (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Asiático Americano (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Nativo americano / indio americano (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Hispano/Latino/a/x (por favor especifique)  \_\_\_ Múltiples identidades raciales/étnicas (por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Género:  \_\_\_\_ Hombre cisgénero  \_\_\_\_ Femenino / Cisgénero  \_\_\_\_ Sin binario  \_\_\_\_ Género no conforme  \_\_\_\_ Hombre transgénero a mujer  \_\_\_\_ Mujer transgénero a hombre  \_\_\_\_ No me identifico con un género  \_\_\_\_ intersexual  \_\_\_\_ No está en la lista, por favor descríbalo  ¿Cuál es tu orientación sexual?  \_\_\_\_ heterosexual  \_\_\_\_ homosexual  \_\_\_\_ lesbiana  \_\_\_\_ bisexuales  \_\_\_\_ queer  \_\_\_\_ Otra identidad (por favor escriba aquí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  \_\_\_\_ Yo no sé  ¿Cuántos años tienes?  \_\_ 18 a 25  \_\_ 26 a 35  \_\_ 36 a 45  \_\_ 46 a 55  \_\_ 56 a 65  \_\_ 66 a 75  \_\_ 76 años o más |

Al presentar esta solicitud, afirmo que los hechos descritos son verdaderos y completos. Entiendo que, si soy aceptado como participante, me comprometo a la plena participación y asistencia.

## Acuerdo y firma

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (escrito) |  |
| Firma |  |
| Fecha |  |

## ¿Qué sigue?

***Gracias por completar este formulario de solicitud y por su interés.***

***Un comité revisará todas las solicitudes completadas. Todos los candidatos serán notificados si son aceptados o no.***