



Partners in Policymaking

1225 8th Street, Suite 350
Sacramento, CA 95814

Requisitos del Aplicante - Todo aplicante debe ser:

- Adulto con una incapacidad de desarrollo, 21 años o mayor, o padre/madre de un niño con una incapacidad de desarrollo y,
- Residente del condado de Los Angeles.

Instrucciones sobre la Aplicacion:

1. Por favor responda todas las preguntas en la aplicación.
2. Si necesita más espacio, añada otra hoja detrás de la aplicación.
3. Regrese la aplicación completa a Partners in Policymaking, 1225 8th Street, Suite 350, Sacramento, CA 95814 OR envíe por fax al (916) 441-3494.
4. La aplicación puede ser completada en el internet también, visitando la página www.pipcalifornia.org.
5. Si tiene alguna pregunta acerca de la aplicación por favor contacte a Jim Lockwood, coordinador de Partners in Policymaking, al (800) 698-6619 o vía correo electrónico a jim@pipcalifornia.org.

Cierre de Aplicaciones es el 16 de Enero de 2009

SECCION 1 – A CERCA DE USTED

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Día: (____) _____ Teléfono de Noche: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Hombre Mujer

Raza: _____ (opcional)

Nos ayuda a crear entrenamiento para todo tipo de gente.

1. Cual es su educacion?

___ Certificado de Participacion

___ Escuela Secundaria

___ Certificado de Educacion General

___ Atendió a la Universidad/ Título Universitario de dos años.

___ Título de Bachiller o Título Universitario

___ Maestría Profesional o Doctorado

___ Entrenamiento Vocacional, explique que tipo _____

2. Que tipo de discapacidad tiene usted o su hijo/a?

3. Su Fecha de Nacimiento ___/___/___ Fecha de nacimiento de su hijo/a
___/___/___ (si correspondiera)

4. Necesita usted un intérprete para el entrenamiento y el material de entrenamiento en otra lengua a parte de Ingles? Cual Idioma

5. Que tipo de apoyo o acomodaciones especiales necesitara para participar en el entrenamiento? (Por ejemplo acceso para silla de ruedas, asistencia personal, etc.). Por favor, describa _____

6. Recieve Ud. O su hijo/a servicios del Centro Regional? ___ Si ___ No

Lanterman

Harbor

North L.A.

San Gabriel/Pomona

Eastern L.A.

Westside

South Central L.A.

SECCION 2 - SU INTERES EN PARTNERS

7. Como supo a cerca de Partners en Policymaking? (Asociados en programas de acción)

8. Porque esta usted interesado en convertirse un Asociado en Programas de Accion? Y que espera usted aprender de esto?

9. Tiene usted un problema específico, inquietud o desafío que lo anima a aplicar en Partners in Policymaking?

10. No es necesario tener ninguna experiencia de liderazgo. Si usted posee alguna, por favor menciónelas. (Por ejemplo miembro en organizaciones tales como Gente Primero, Asociación de Padres y Maestros, Consejero del Comité de Área u otra responsabilidad de liderazgo).

11. No es requerido haber tenido experiencias de apoyar alguna causa, pero si usted tiene alguna experiencia en el campo de personas incapacitadas por favor descríbala. (Por ejemplo: hablando con autoridades oficiales, maestros, servicios sociales, trabajando para mejorar escuelas, orador oficial, etc.).

SECCION 3 - GENTE QUE LO CONOCE A USTED

Por favor envíe dos (2) cartas de recomendación O información de dos personas que lo conocen y puedan decirnos porque usted seria un exitoso participante en Policymaking.

Si envía cartas de recomendación:

- Adjúntelas a la aplicación **O**
- Mándelas por correo separadas a la dirección al final de la aplicación **O**
- Por correo electrónico a jim@pipcalifornia.org

Si envía información a cerca de dos personas que lo conocen, por favor escriba sus nombres complete, numero de teléfono y correo electrónico.

1. _____

2. _____

SECCION 4 – ACCESO AL INTERNET



Para saber si ha sido seleccionado, debe chequear su e-mail periódicamente. Esto requiere acceso al Internet.

Como tendra acceso al internet?

Yo tengo acceso al internet o no puedo tener acceso al internet. Mencione como (en mi casa, en mi trabajo, en la biblioteca, en la computadora de mi amigo)

Voy a necesitar ayuda para poder tener acceso al Internet.

SECCION 5 - COMPROMISO



Si usted es seleccionado, sus gastos serán pagados. Como participante usted **debera:**

- Asistir a las ocho (8) sesiones desde las 12 del medio día del Viernes hasta las 3 PM del Sábado. Todas las sesiones, excepto la de Julio, se llevaran a cabo en Hilton LAX (5711 West Century Boulevard, L.A.),

Marzo 27-28, 2009

Julio 24-25, 2009 (en Sacramento)

Abril 24-25, 2009

Agosto 28-29, 2009

Mayo 15-16, 2009

Septiembre 25-26, 2009

Junio 26-27, 2009

Octubre 23-24, 2009

- Completar todas las asignaciones y tareas.

Firmando esta aplicación usted indica que es capaz de atender y participar en la totalidad del programa como se ha mencionado en los párrafos anteriores.

Firma _____ Fecha _____

Alguien le ayudo a llenar esta forma? Si _____ No _____

Por favor escriba el nombre de la persona que lo ayudo: _____