N.° de control de OMB 0985-0036
Fecha de Vencimiento 11/22/2022

Nombre del programa

Portada de Información del Programa

***Instrucciones para los facilitadores del programa*: Proporcione los detalles solicitados sobre este programa. Complete con letra legible. Utilice esto como portada para los formularios de recopilación de datos completos para entregar al Coordinador de la Encuesta.**

1. Nombre del sitio:_____

   Dirección:_____

   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Nombres del facilitador del programa (proporcione su nombre y apellido completos y proporcione el número de teléfono o el correo electrónico de la persona más indicada para contactar sobre cualquier pregunta en los formularios).

   _____ Teléfono: ( ) -
   Nombre Apellido Correo electrónico: _____

   ¿Le gustaría recibir información del programa del Centro Nacional de Recursos de CDSME?
   Sí ☐ No ☐

   _____ Teléfono: ( ) -
   Nombre Apellido Correo electrónico: _____

   ¿Le gustaría recibir información del programa del Centro Nacional de Recursos de CDSME?
   Sí ☐ No ☐

3. Fecha de Inicio del Programa (dd/mm/aaaa): __ __/__ __/
   Fecha de finalización (dd/mm/aaaa): __ __/__ __/__ __ __ __

4. ¿Ofrecieron una «sesión 0» con este programa? (La sesión 0 es una sesión opcional previa al programa. No todos los programas ofrecen una sesión 0).

   ☐ Sí
   ☐ No
   ☐ No sé

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

5. ¿Qué tipo de programa es este? Marque solo uno. [Nota para el beneficiario: adapte esta sección para que se ajuste
a la programación local]

- ☐ Vida Activa Todos los Días
- ☐ Programa Acuático de la Fundación para la Artritis
- ☐ Programa de Ejercicios de la Fundación para la Artritis
- ☐ Consulta de Atención de BRI
- ☐ Cáncer: Prosperar y Sobrevivir
- ☐ Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas (CDSMP)
- ☐ Programa de Autocontrol del Dolor Crónico (CPSMP)
- ☐ Programa de Autocontrol de la Diabetes (DSMP)
- ☐ Coma de forma inteligente, Muévase más, Pierda peso
- ☐ Mejore su Estado Físico
- ☐ Mejore su Bienestar
- ☐ ¡En Forma y Fuerte!
- ☐ Geri-Fit
- ☐ Entrenadores de Salud para el Control de la Hipertensión
- ☐ IDEAS Saludables
- ☐ Ejercicios Saludables para Envejecer Bien
- ☐ HomeMeds
- ☐ Vivir Bien en la Comunidad
- ☐ En Movimiento
- ☐ PERLAS
- ☐ Programa de Autocontrol Positivo para el VIH
- ☐ Programa de Manejo Personal de la Diabetes (versión en español de DSMP)
- ☐ Detección, Intervención Breve y Derivación para Tratamiento (SBIRT)
- ☐ Tomar Control de su Salud (versión en español de CDSMP)
- ☐ Caminar con Facilidad
- ☐ Plan de Acción para la Recuperación de su Bienestar (WRAP)
- ☐ Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas en el Lugar de Trabajo (WCDSMP)

6. Verifique qué idioma utilizó al ofrecer este programa:

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro: _____

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.

7. ¿Qué fuentes de financiación se utilizaron para apoyar directamente este programa? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Subvención de ACL CDSME
- ☐ Ley de Estadounidenses Mayores (Título III-D, Título III-E, etc.)
- ☐ Centros de Control y Prevención de Enfermedades
- ☐ Otros fondos federales
- ☐ Medicaid/Exención de Medicaid
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Otro pagador de atención médica
- ☐ Financiamiento de la Fundación
- ☐ Patrocinador corporativo
- ☐ No sé
- ☐ Otro: _____

DECLARACIÓN DEL AVISO RELATIVO A LA LEY DE SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES ADMINISTRATIVOS
De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0985-0036. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Administración para la Vida Comunitaria, 330 C Street SW, Washington DC 20201, Atención: PRA Reports Clearance Officer.