

SELLO DE BUENAS PRÁCTICAS INCLUSIVAS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
2022

DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de la institución		Siglas	
Tipo de institución (Marque <u>una</u> de las opciones con una X)	<input type="checkbox"/> Asociación sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Empresa privada <input type="checkbox"/> Empresa pública <input type="checkbox"/> Institución pública <input type="checkbox"/> Organismo internacional		
Dirección principal			
Provincia		Municipio	
RNC		N.º Teléfono	
Correo electrónico		Página web/ Redes sociales	
DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN			
Población meta Marque <u>una</u> de las opciones con una X	<input type="checkbox"/> Niños/as <input type="checkbox"/> Adolescentes <input type="checkbox"/> Jóvenes <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Adultos mayores <input type="checkbox"/> Población general		
Territorio de acción Marque <u>una</u> de las opciones con una X	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Barrial		
Sector Marque con una X, las opciones correspondientes	<input type="checkbox"/> Administración <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Desarrollo Social <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Entretenimiento <input type="checkbox"/> Justicia <input type="checkbox"/> Medioambiente <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Otro:		
DATOS PARA CONTACTO			
Por medio de los datos suministrados serán realizadas las comunicaciones pertinentes a la postulación			
Nombre y apellidos máximo representante			
Cargo			
Teléfono (1)		Teléfono (2)	
Correo electrónico (1)		Correo electrónico (2)	
Nombre y apellidos responsable aplicación			
Cargo			
Teléfono		Teléfono	
Correo electrónico (1)		Correo electrónico (2)	

Nombre de la práctica y ámbito

Enlistar los nombres de las prácticas reconocidas, especificando año, ámbito y categoría alcanzada de cada una. Si tiene una nueva práctica solo mencionarla, y detallarla en el formulario correspondiente.

Ámbito	Nombre de la práctica	Máxima categoría	Mencionar nueva práctica	Año

Nota: en el caso que las prácticas no hayan sido galardonadas en "categoría oro", describir las mejoras que se han realizado.

Cumplimiento

¿Las prácticas que postulan se encuentran aún en consonancia con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad?

Si

No

Justifique su respuesta por cada práctica citada anteriormente:

Política de inclusión

Describir la política o estrategia de inclusión que contemple las prácticas reconocidas.

Empoderamiento

Marque con una (X) la opción que más se ajuste a las tres prácticas que postula
Ejemplos de evidencias a anexar: fotografías de las herramientas para recibir sugerencias, copias de sugerencias o propuestas de mejora recibidas, procedimientos de recepción o difusión de los canales, actas o minutas de reuniones, encuestas de satisfacción...

<input type="checkbox"/>	No existen mecanismos para que las personas beneficiarias de las prácticas puedan retroalimentar y solicitar mejoras y ajustes al alcance de las prácticas
<input type="checkbox"/>	Se reciben de manera informal recomendaciones y solicitudes de adecuación que son canalizadas a las áreas involucradas
<input type="checkbox"/>	Se han implementado mecanismos para recibir sugerencias de las personas beneficiarias que son revisadas periódicamente para la optimización de las prácticas
<input type="checkbox"/>	Se han aplicado mejoras a las prácticas fruto de las sugerencias recibidas de las personas beneficiarias

De acuerdo a la opción seleccionada, describe las herramientas o vías que poseen para recibir sugerencias, y en caso de que aplique, la forma en que son tomadas en cuenta:

--	--

Sostenibilidad

Marque con una (X) la opción que más se ajuste a las prácticas que postula
Ejemplos de evidencias a anexar: presupuestos, procedimientos documentados, normativas, resoluciones...

<input type="checkbox"/>	Los recursos y las operaciones que dan vida a las prácticas existen solamente para este fin, no existen previsiones para sostener el personal, los procesos y la tecnología que la misma requiere en caso de cambios en el contexto (personal, nuevas tecnologías, regulaciones, etc.)
<input type="checkbox"/>	Las operaciones y los recursos que dan vida a las prácticas están integrados con los procesos de la organización, existen previsiones para sostener algunos de los recursos de las prácticas, más no la totalidad
<input type="checkbox"/>	Las operaciones y los recursos relacionados con las prácticas están inmersos en los procesos regulares de la organización y está asegurada la continuidad del personal, procesos y tecnología que la soportan.

De acuerdo a la opción seleccionada, describa la forma en la que se sustentan las buenas prácticas, tanto a nivel de recursos humanos, materiales, económicos y operacionales:

Documentación

*(Marque con una (X) los documentos con los que cuentan las prácticas que postula)
Se debe adjuntar ejemplares de los documentos a modo de evidencia*

<input type="checkbox"/>	Fotografías y/o videos de los resultados de las prácticas.
<input type="checkbox"/>	Documentos relacionados con el proceso de implementación de las prácticas (facturas, formularios, perfiles, etc.)
<input type="checkbox"/>	Fotografías y/o videos de los resultados y el proceso de desarrollo de las prácticas.
<input type="checkbox"/>	Documento que describe los objetivos, actividades, planes, presupuestos, etc. para la implementación para las prácticas.

De acuerdo a la opción seleccionada, describa de qué manera se documenta o registran las buenas prácticas:

Aprendizaje

Marque con una (X) la opción que más se ajuste a las tres prácticas que postula
Ejemplos de evidencias a anexar: fotografías, sistematización de las mejoras realizadas...

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | No se ha realizado una evaluación de las prácticas. |
| <input type="checkbox"/> | Se ha realizado evaluaciones de las prácticas, aunque no hay documentos que recojan los resultados. |
| <input type="checkbox"/> | Se han realizado ejercicios de evaluaciones de las prácticas y se ha documentado sus resultados. |
| <input type="checkbox"/> | Se ha realizado evaluaciones de las prácticas e implementado mejoras a raíz de la misma. |

De acuerdo a la opción seleccionada, describa cómo han ido mejorando las buenas prácticas en función de lo aprendido:

ASPECTOS OBLIGATORIOS DE LA POSTULACIÓN

Para la recepción de este formulario todos los campos deben estar completados con la información correspondiente. La presentación de evidencias por cada opción seleccionada es indispensable para la evaluación de la práctica presentada en caso contrario se procederá a la devolución del mismo.

Firma Representante Institucional

Sello