|  |  |
| --- | --- |
|  | Community Based Child Abuse Prevention (CBCAP) Programs**FORMULARIO DE INFORME TRIMESTRAL 2024-2025****QUARTERLY REPORT FORM 2024-2025** |

NOMBRE DE LA AGENCIA:

PERSONA DE CONTACTO:

TELÉFONO:

TÍTULO DEL PROYECTO:

Informe sobre las actividades y los servicios provistos durante los siguientes rangos de fechas:

* Trimestre 1: Del 1 de julio al 30 de septiembre (fecha límite de entrega: 31 de octubre de 2024)
* Trimestre 2: Del 1 de octubre al 31 de diciembre (fecha límite de entrega: 31 de enero de 2025)
* Trimestre 3: Del 1 de enero al 30 de marzo (fecha límite de entrega: 30 de abril de 2025)
* Trimestre 4: Del 1 de abril al 30 de junio (fecha límite de entrega: 15 de julio de 2025)
* Fin de año sin repetir participantes: Del 1 de julio al 30 de junio (fecha límite de entrega: 15 de julio de 2025)

Nota: en las tablas 1 a 9, escriba la cantidad de participantes atendidos en cada trimestre. Al final del año, deben escribirse sin repetir participantes. Por ejemplo, si atiende a una familia en septiembre y vuelve a atenderla en octubre, contaría como una familia en el primer trimestre y en el segundo trimestre, pero en el informe de fin de año sin repeticiones, esa familia se contaría como una. Debe usar este formulario de informe para todo el año; en los trimestres subsecuentes, conserve los números que escribió para los trimestres anteriores. Por ejemplo, en el segundo trimestre, conserve los datos del primer trimestre en la columna correspondiente.

1. **Empleados y voluntarios**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIEMPO Y ESFUERZO** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO****TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO** **TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| NÚM. DE FTE PAGADOS\* |  |  |  |  | **\*** |
| NÚM. DE HORAS DEEMPLADOS PAGADOS |  |  |  |  |  |
| NÚM. DE VOLUNTARIOS |  |  |  |  |  |
| NÚM. DE HORAS DEVOLUNTARIADO |  |  |  |  |  |

*\* Este número debe reflejar el número total de empleados equivalentes a tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) de su agencia que trabajaron en el programa financiado por el CBCAP durante el año financiado.* *Para calcular los FTE de cada trimestre, se considera que 1 FTE equivale a 500 horas; para el recuento sin repeticiones a fin de año, se considera que 1 FTE equivale a 2,000 horas.*

1. **Información sobre los grupos étnicos y las razas de los empleados y voluntarios**

¿Los grupos étnicos y las razas de los empleados y voluntarios reflejan a la población a la que atiende el programa?

 [ ]  Sí [ ]  No

Notas sobre esta sección:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**III. Familias atendidas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO****TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO** **TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| NÚM. DE FAMILIAS ATENDIDAS |  |  |  |  |  |
| NÚM. DE MENORES ATENDIDOS |  |  |  |  |  |
| NÚM. DE PADRES Y CUIDADORES ATENDIDOS |  |  |  |  |  |

**IV. Razas y grupos étnicos de los padres**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAZAS Y GRUPOS ÉTNICOS DE LOS PADRES** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO** **TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO** **TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA |  |  |  |  |  |
| NEGRO O AFROAMERICANO |  |  |  |  |  |
| ASIÁTICO |  |  |  |  |  |
| NATIVO DE HAWAI O ISLEÑO DEL PACÍFICO |  |  |  |  |  |
| ESPAÑOL/HISPANO/LATINO |  |  |  |  |  |
| BLANCO |  |  |  |  |  |
| MULTIRRACIAL |  |  |  |  |  |
| DESCONOCIDO O NO ESPECIFICADO |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

**V. Edades de los menores**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDADES DE LOS MENORES** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO** **TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO** **TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| 0-3 |  |  |  |  |  |
| 4-6 |  |  |  |  |  |
| 7-13 |  |  |  |  |  |
| 14-18 |  |  |  |  |  |
| DESCONOCIDO O NO ESPECIFICADO |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

1. **Razas y grupos étnicos de los menores**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAZAS Y GRUPOS ÉTNICOS DE LOS MENORES** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO****TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO****TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA |  |  |  |  |  |
| NEGRO O AFROAMERICANO |  |  |  |  |  |
| ASIÁTICO |  |  |  |  |  |
| NATIVO DE HAWAI O ISLEÑO DEL PACÍFICO |  |  |  |  |  |
| ESPAÑOL/HISPANO/LATINO |  |  |  |  |  |
| BLANCO |  |  |  |  |  |
| MULTIRRACIAL |  |  |  |  |  |
| DESCONOCIDO O NO ESPECIFICADO |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

1. **Poblaciones de refugiados e inmigrantes**

Indique la cantidad de familias que son atendidas por su programa que se identifican a sí mismas como refugiados o inmigrantes a Estados Unidos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Familias de refugiados e inmigrantes** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO****TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO****TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| FAMILIAS QUE SE IDENTIFICAN A SÍ MISMAS COMO REFUGIADOS O INMIGRANTES A EE. UU. |  |  |  |  |  |

## Poblaciones con discapacidades o necesidades especiales

Indique la cantidad de participantes del programa atendidos que se identifican a sí mismos como afectados por discapacidades físicas, cognitivas o emocionales. Incluya a las personas con afecciones persistentes que necesiten apoyos médicos, educativos o sociales especializados para superar los desafíos que enfrentan en esos dominios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Participantes con problemas físicos, emocionales o cognitivos** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO****TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO****TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| PADRES |  |  |  |  |  |
| MENORES |  |  |  |  |  |

1. **Población de enfoque**
2. ¿Cuál es la población de enfoque o la comunidad de enfoque de su programa (según lo descrito en su modelo lógico y su contrato)?

1. Indique la cantidad de familias que son atendidas por su programa que cumplan con la descripción de su población de enfoque.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POBLACIÓN DE ENFOQUE** | **PRIMER****TRIMESTRE** | **SEGUNDO** **TRIMESTRE** | **TERCER****TRIMESTRE** | **CUARTO** **TRIMESTRE** | **FIN DE AÑO****SIN REPETICIONES**  |
| Número de familias que cumplen con la descripción de la comunidad de enfoque o la población de enfoque del programa. |  |  |  |  |  |

1. **Servicios del programa**
2. Proporcione información sobre las actividades financiadas por el CBCAP que se realizaron durante el trimestre en curso. Si ya tiene implementado un sistema de seguimiento de esta información, puede adjuntar una tabla con la información, en lugar de rellenar la tabla siguiente. Si utiliza esta tabla, puede añadir más líneas si las necesita.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **LUGAR DE LA ACTIVIDAD** | **TEMAS CUBIERTOS DURANTE LA ACTIVIDAD** | **NÚMERO DE PARTICIPANTES ASISTENTES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

*Haga clic fuera de la tabla, en el lado derecho, para añadir más renglones si los necesita*

1. Escriba todas explicaciones necesarias para entender los servicios del programa en la tabla anterior. Por ejemplo, quizá necesite definir a los participantes como los padres, menores o familias.

|  |
| --- |
|  |

1. **Obligatorio para el 2.° y 4.° trimestre, opcional en otros trimestres:** De todos los padres y cuidadores atendidos (según lo informado en la sección III), ¿cuántos se han graduado, han concluido con éxito una serie de programas, o se considera que han recibido suficientes servicios financiados por el CBCAP para prever los resultados positivos descritos en su modelo lógico? (Informe un número específico y, si es necesario, añada detalles breves para explicar su respuesta).

|  |
| --- |
|  |

1. **Progreso de la evaluación**

**A. Modelo lógico (obligatorio en todos los trimestres)**

* Adjunte a este informe una copia actualizada de su modelo lógico. Por favor recuerde: Si se toma una decisión de desarrollo del programa que altere una actividad o un resultado (que haya sido aprobada por el DCYF debido a un acuerdo contractual), su modelo lógico debe actualizarse y enviarse por correo electrónico al DCYF.
* Si se hace algún cambio al modelo lógico respecto al trimestre anterior, *resalte los cambios en el modelo lógico y describa brevemente los cambios aquí.*

|  |
| --- |
|  |

* Incluya todos los problemas de implementación (por ejemplo, reclutamiento y asistencia) que haya tenido y que puedan afectar la realización de las actividades y el logro de los resultados.

|  |
| --- |
|  |

**B. PLAN DE EVALUACIÓN (obligatorio para todos los trimestres. Los programas que estén en su primer año pueden empezar a entregarlo a partir de su informe del segundo trimestre)**

* Adjunte a este informe una copia de su plan de evaluación. Si se hace algún cambio al plan de evaluación respecto al trimestre anterior, *resalte los cambios en el plan de evaluación y describa brevemente los cambios.*

|  |
| --- |
|  |

* Para el primer trimestre, adjunte una copia de todos los instrumentos de evaluación que incluya su plan de evaluación. Para el segundo, tercer y cuarto trimestres, adjunte una copia de todos los instrumentos de recolección de datos nuevos (o modificados desde el trimestre anterior) que use o planee usar.
* Describa brevemente su progreso actual en materia de recolección de datos y planeación de la evaluación (por ejemplo, los instrumentos de recolección de datos elaborados, el progreso en la recolección de datos, como encuestas aplicadas, entrevistas y grupos de enfoque)

* Para el segundo trimestre: Informe la cantidad actual de encuestas aplicadas, entrevistas realizadas y otros instrumentos de recolección de datos incluidos en su plan de evaluación.

* Para el tercer trimestre: Describa sus planes de gestión de datos (por ejemplo, cómo se organizarán los datos para su análisis).

|  |
| --- |
|  |

* Anote todas las preguntas que tenga para su asesor de evaluación, así como todos los apoyos necesarios para ayudarle a realizar la evaluación.

|  |
| --- |
|  |

1. **Anécdotas del programa (obligatorio para el 2.° y 4.° trimestre, opcional en otros trimestres)**
* Escriba una o más anécdotas del programa que impliquen a participantes en el programa. Cada anécdota debe incluir los siguientes elementos:
	+ - **Quién** (detalles sobre el participante del programa, no es necesario incluir información que lo identifique),
		- **Cuáles son sus circunstancias** (no es necesario dar muchos detalles, principalmente lo necesario para entender cómo y por qué participan con usted),
		- **Qué hace con usted** (cómo participa en sus programas) y
		- **Qué ha cambiado en su situación** (como resultado de sus programas).
		- Si corresponde, puede incluir una de las siguientes opciones, *además de su anécdota del programa:*
			* Escriba citas, eventos, relatos, etc. de uno o dos participantes, empleados o voluntarios que reflejen el desarrollo de su proyecto.
			* Describa brevemente los eventos públicos, las actividades de activismo o su impacto sobre las políticas, incluyendo las actividades que ayuden a explicar a los legisladores (nacionales, estatales o locales) cuáles son los resultados y beneficios de su proyecto para las familias de su comunidad. Las actividades pueden incluir boletines informativos, jornadas de puertas abiertas, la participación en eventos del programa u otras actividades.

|  |
| --- |
|  |

1. **Participación de las familias (obligatorio para el 2.° y 4.° trimestre, opcional en otros trimestres)**

La participación de las familias es un proceso. Algunas familias inician y progresan mediante una serie de oportunidades, convirtiéndose gradualmente en líderes en sus comunidades. Otras inician su participación como líderes experimentados. Estamos convencidos de que la participación de los padres y las familias generan mejores resultados y programas más fuertes. Las herramientas de [*ondas de transformación*](https://cssp.org/wp-content/uploads/2018/08/FirstFive-EngagementToolkit-5.pdf) están organizadas alrededor del concepto de la participación familiar como un flujo constante de oportunidades para las familias, donde todas las oportunidades son igualmente importantes.

Exponga un ejemplo de por lo menos una familia que participe en el programa financiado por el CBCAP. Use las herramientas de *ondas de transformación* y la tabla siguiente para incluir los siguientes elementos:

* Identifique la categoría en la que se encuentra actualmente la familia en su programa o agencia.
* Describa la manera en la que la familia cumple con la definición de la categoría que identificó.
* Describa las funciones que desempeñan los miembros del personal de su programa o agencia para ayudar a la familia a participar en la categoría actual o en la siguiente.

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoría** | **Definición** |
| **Primer maestro** | * Entiende las necesidades y fortalezas del menor
* Forma vínculos mediante interacciones
* Toma decisiones sobre la atención
* Obtiene acceso a apoyos
 |
| **Participante** | * Desarrolla habilidades, conocimientos, resiliencia
* Desarrolla una red de apoyo
* Hace críticas constructiva sobre el programa
 |
| **Voluntario** | * Desarrolla habilidades y conocimientos
* Asume una función definida
* Representa al programa
* Desarrolla la comunidad
 |
| **Aliado** | * Identifica necesidades, hace planes y evalúa
* Participa en la toma de decisiones del programa
* Representa a la organización
* Funge como mentor de otros padres
 |
| **Líder** | * Participa en la toma de decisiones de la agencia
* Aboga a favor de los menores y las familias
* Interactúa y enseña a otros padres
* Desarrolla y dirige proyectos
 |
| **Activista** | * Decide las prioridades en políticas
* Testifica ante legisladores
* Forma parte de consejos y comisiones
* Organiza a otras familias
 |

Exponga un ejemplo de por lo menos una familia que participe en el programa financiado por el CBCAP:

|  |
| --- |
|  |

1. **Necesidades del programa o la agencia (todos los trimestres)**

¿Tiene alguna pregunta o necesita asistencia técnica?

|  |
| --- |
|  |

**El DCYF exige que todos los programas midan la satisfacción de los padres usando las preguntas de su contrato.**

**Esto se informa al final del año, pero debe medirse durante todo el año.**