**2021**

**100 Witherspoon St**

**Louisville, KY 40202**

**1-888-828-7228 ext. 5781**

Uso de la oficina
Proyecto #:

 **SOLICITUD COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Envíe una copia electrónica a** clara.nunez@pcusa.org y l**lame por teléfono 502-569-5781 0 502-569-5790 o envíe un correo electrónico para asegurarse su solicitud ha sido recibida**. **Todas las notificaciones se harán por correo electrónico. Si tiene alguna pregunta o tiene un pedido especial por favor llame a la oficina o envíe un correo electrónico.** |
|  |

 www.pvusa.org/sdop

**Los financiamientos de ADP son limitados y son para organizaciones y grupos comunitarias (NO INDIVIDUOS) en los Estados Unidos que trabajen con comunidades de bajos ingresos.**

**Un informe final** (narrativo, financiero y evaluativo) será necesario al final del financiamiento.

**Fecha limite-** Las solicitudes serán recibidas a partir del 30 de septiembre hasta el 15 de octubre.

La decisión será dada a conocer después de la reunión del Comité Nacional en Diciembre 2021.

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACION DEL PROYECTO** |  |
| Nombre del proyecto: |       |
| Organización: |       |
| Dirección física (No casillero postal): |       |
| Ciudad, Estado y Código Postal: |       |
| Sitio Web/Redes sociales (si aplica): |       |

**PERSONA DE CONTACTO SECUNDARIO**

**PERSONA DE CONTACTO PRIMARIO PRIMARIOPRIMAPRIMARI PRIMARIO PPRIMARIO PRIMARY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: |       | Nombre completo: |       |
| Título: |       | Título: |       |
| Teléfono Mobil: |       | Teléfono Mobil: |       |
| Teléfono Trabajo: |       | Teléfono Trabajo: |       |
| Teléfono casa: |       | Teléfono casa: |       |
| Correo electrónico: |       | Correo electrónico:  |       |
| Nombre de la persona que completo esta solicitud, si es diferente de los nombres de arriba:       |

 **\*Mantenga su información de contacto actualizada**

|  |
| --- |
| **Cantidad solicitada:**       **(financiamientos hasta $ 8,750)** |
| 1. Describa la misión, historia y logros de su organización incluyendo por cuanto tiempo ha existido.
2. ¿Cómo el Covid-19 ha afectado a su organización?
3. ¿Su organización está trabajando con residentes de bajos ingresos? YES [ ]  NO [ ]
4. Describa su proyecto COVID-19
 |
| 1. ¿Cuáles de las comunidades vulnerables y marginalizadas de su comunidad en su contexto se está beneficiando de este financiamiento (por ejemplo y no solo estas, inmigrantes, nativos americanos, comunidades de color, personas mayores, etc.)
 |

**PRESUPUESTO Use p****áginas adicionales si lo necesita)**

**EL TOTAL DE GASTOS TIENE QUE SER IGUAL AL TOTAL DE LOS INGRESOS**

 **Detalle todos los gastos mayores que $1000 (Ejemplo: cantidad de bolsas de tierra, cantidad**

 **de eventos)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Propósito / Justificación** | **ADP** | **Otros financiadores/fuentes** |
| Ejemplo: Renta de oficina | Ejemplo: Proporcionar trabajo en grupo y espacio para reuniones. | $500 | $300 |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|         |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|         |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|         |       | $      | $      |
|       |       | $      | $      |
|  |  | TOTAL | $      | $      |

**INGRESOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fuente** | **Cantidad** | **Recibido?**  | **Prometido?** |
| ADP | $      | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |
| Donaciones individuales | $          | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |
| En especie (tales como bienes o servicios prestados sin cargo) | $         | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |
| Eventos para recaudar fondos | $         | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |
| Otros financiadores/fuentes       | $          | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |
| TOTAL | $      | SI [ ]  NO [ ]  | SI [ ]  NO [ ]  |

**INFORMACION ADICIONAL**

|  |
| --- |
| 1. Aunque Auto-Desarrollo de los Pueblos no requiere que el grupo tenga alguno de los cuatro ítems que aparecen en la lista abajo, nosotros quisiéramos saber si el grupo tiene uno o todos. Por favor no envíe copia de ninguno de ellos con la solicitud.
 |
| Reglamento InternoSI [ ]  NO [ ]  | 501c3 Certificado de exención de impuestosSI [ ]  NO [ ]  | Escritura de constituciónSI [ ]  NO [ ]  | Seguro de responsabilidad civilSI [ ]  NO [ ]  |
| b. El grupo va a usar un agente fiscal? SI[ ]  NO [ ]  | Si la respuesta es SI, provea el nombre del agente fiscal:       | (con el financiamiento de ADP no se puede pagar un cargo administrativo al agente fiscal) |

 **COMENTARIOS**:

Para información adicional visite [www.pcusa.org/sdop](http://www.pcusa.org/sdop)

Presione Me gusta en nuestra página de Facebook @selfdevelopmentofpeople

1-888-828-7228 ext. 5781 0 5790