**SOLICITUD COVID-19**

**100 Witherspoon St**

**Louisville, KY 40202**

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

Uso de la oficina  
Proyecto #:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Envíe una copia electrónica a** [clara.nunez@pcusa.org](mailto: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.** | |
|  | |

**FONDOS del 50 ANIVERSARIO de ADP**

www.pvusa.org/sdop

**La celebración del 50 Aniversario de ADP fue pospuesta debido al COVID -19, los fondos para la celebración serán usados para financiamientos para aliviar los efetos del COVID-19.**

**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 28 de septiembre hasta el 23 de octubre.

La decisión será dada a conocer después de la reunión del Comité Nacional el día 19 de noviembre, 2020.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 $ 7,500)** |
| 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 Interno  SI  NO | 501c3 Certificado de exención de impuestos  SI  NO | | Escritura de constitución  SI  NO | | Seguro de responsabilidad civil  SI  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