



State of
COLORADO

INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización _____

Dirección _____

CEO/Presidente/ED
(nombre, email y teléfono) _____

Situación fiscal/tipo de organización:

- Registrado 501 (c) (3)
- Entidad que utiliza un patrocinador fiscal 501 (c) (3)
- Organización comunitaria con fines de lucro, que participa en el trabajo comunitario caritativo como parte de esta propuesta
- Otro (por favor especifique)

Si se selecciona otro:

Otro –por favor proporcione detalles

¿Esta solicitud de fondo cuenta con un patrocinador fiscal?

- Si
- No

Si declaras que si

Tipo de organización fiscal

- Registrado 501 (c) (3)
- Organización comunitaria con fines de lucro, que participa en trabajo comunitario caritativo como parte de esta propuesta
- Otro (por favor especifique)

Organización fiscal Identificación del impuesto _____

Organización fiscal nombre _____

Organización fiscal dirección _____

Organización fiscal ciudad _____

Organización fiscal estado _____

Organización fiscal código postal _____

Organización fiscal nombre de contacto _____

Organización fiscal teléfono _____

Organización fiscal email _____

¿Esta aplicación forma parte de una colaboración entre múltiples organizaciones con el fin de llevar a cabo el proyecto propuesto?

- Si
- No

Si selecciono si:

Al seleccionar que sí, la organización que está aplicando certifica que es la organización líder y actuara como agente fiscal para el proyecto de colaboración.

En tanto que una aplicación conjunta, por favor describa las características de la colaboración. **(Límite de caracteres: 2,000)**

Por favor incluya los nombres de las organizaciones con las que estará colaborando. Debe de citar al menos 2 organizaciones adicionales con el fin de que la propuesta este constituida por una colaboración de tres organizaciones como mínimo y 8 organizaciones adicionales como máximo.

- Organización adicional 1: _____
- Organización adicional 2: _____
- Organización adicional 3: _____
- Organización adicional 4: _____
- Organización adicional 5: _____
- Organización adicional 6: _____
- Organización adicional 7: _____
- Organización adicional 8: _____

INFORMACIÓN DEL SUBSIDIO/SUBVENCIÓN

Título de propuesta _____

¿Recibió anteriormente fondos del Fondo de ayuda COVID de Colorado?

- Si
- No

Si declara que si:

Detalles de los fondos recibidos anteriormente

Por favor díganos qué se logró con fondos los previos

Descripción de la propuesta (límite de 500 caracteres)

Monto total solicitado _____

- *El monto solicitado no puede ser mayor a \$25,000*
- Si selecciono "sí" para la opción de propuesta conjunta
El monto solicitado no puede ser mayor a \$100,000

Presupuesto total de la organización _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Por favor asegúrese de que la información financiera proporcionada en los siguientes campos sea de su último estado financiero anual. Idealmente 2019.

Activos Circulantes (al 12/31/19) que se pueden convertir en efectivo en un año o menos

Activos Circulantes _____

Las Deudas corrientes (al 12/31/19) que deben pagarse en un año o menos

Las Deudas corrientes _____

Fondos en Efectivo (a partir del 12/31/19) - Efectivo que puede utilizarse en gastos generales/administrativos de la organización. Para organizaciones que no sean organizaciones sin fines de lucro, esto sería efectivo/equivalentes de efectivo a partir de esta fecha.

Fondos en Efectivo _____

Efectivo restringido (a partir del 12/31/19) - Efectivo restringido por un financiador externo para gastar en la entrega de programas o servicios específicos realizados que apoyen la misión de la organización. No se puede utilizar para pagar los gastos generales/administrativos de la organización. No aplicable a organizaciones sin fines de lucro.

Efectivo restringido _____

Gastos programáticos (anual 2019) – Gastos directos utilizados en la operación de un programa/servicio que apoye la misión de la organización. No son gastos generales/administrativos incurridos para administrar la organización en general. No aplicable a organizaciones sin ánimo de lucro.

Gastos programáticos _____

Gastos administrativos (anual 2019) - Gastos directos utilizados en la gestión de las actividades generales de la organización (espacio de oficina, ciertos salarios, suministros, etc.). Para organizaciones sin fines de lucro, esto sería un total de gastos operativos anuales para el período establecido.

Gastos administrativos _____

INFORMACIÓN DE LA PROPUESTA

Las solicitudes para la sexta convocatoria para el fondo de emergencia del COVID deberán de estar orientadas al área prioritaria de Impacto únicamente:

Impacto (los ejemplos incluyen: impacto económico por la reducción de la jornada laboral, así como la pérdida de puestos de trabajo debido a la epidemia. Posibilidad de aprendizaje en la primera infancia, asistencia tecnológica, cuidado infantil, educación, servicios voluntarios, acceso a alimentos o servicios)

Haga clic en el signo azul más + a la derecha de la pantalla y seleccione los siguientes campos.

Localización de servicios

Por favor seleccione todas las respuestas válidas

<input type="checkbox"/> Colorado (en todo el estado)	<input type="checkbox"/> Cheyenne	<input type="checkbox"/> El Paso	<input type="checkbox"/> Lake	<input type="checkbox"/> Otero	<input type="checkbox"/> San Miguel
<input type="checkbox"/> Adams	<input type="checkbox"/> Clear Creek	<input type="checkbox"/> Fremont	<input type="checkbox"/> La Plata	<input type="checkbox"/> Ouray	<input type="checkbox"/> Sedgwick
<input type="checkbox"/> Alamosa	<input type="checkbox"/> Conejos	<input type="checkbox"/> Garfield	<input type="checkbox"/> Larimer	<input type="checkbox"/> Park	<input type="checkbox"/> Summit
<input type="checkbox"/> Arapahoe	<input type="checkbox"/> Costilla	<input type="checkbox"/> Gilpin	<input type="checkbox"/> Las Animas	<input type="checkbox"/> Phillips	<input type="checkbox"/> Teller
<input type="checkbox"/> Archuleta	<input type="checkbox"/> Crowley	<input type="checkbox"/> Grand	<input type="checkbox"/> Lincoln	<input type="checkbox"/> Pitkin	<input type="checkbox"/> Washington
<input type="checkbox"/> Baca	<input type="checkbox"/> Custer	<input type="checkbox"/> Gunnison	<input type="checkbox"/> Logan	<input type="checkbox"/> Prowers	<input type="checkbox"/> Weld
<input type="checkbox"/> Bent	<input type="checkbox"/> Delta	<input type="checkbox"/> Hinsdale	<input type="checkbox"/> Mesa	<input type="checkbox"/> Pueblo	<input type="checkbox"/> Yuma
<input type="checkbox"/> Boulder	<input type="checkbox"/> Denver	<input type="checkbox"/> Huerfano	<input type="checkbox"/> Mineral	<input type="checkbox"/> Rio Blanco	
<input type="checkbox"/> Broomfield	<input type="checkbox"/> Dolores	<input type="checkbox"/> Jackson	<input type="checkbox"/> Moffat	<input type="checkbox"/> Rio Grande	
<input type="checkbox"/> Chaffee	<input type="checkbox"/> Douglas	<input type="checkbox"/> Jefferson	<input type="checkbox"/> Montezuma	<input type="checkbox"/> Routt	
	<input type="checkbox"/> Eagle	<input type="checkbox"/> Kiowa	<input type="checkbox"/> Montrose	<input type="checkbox"/> Saguache	
	<input type="checkbox"/> Elbert	<input type="checkbox"/> Kit Carson	<input type="checkbox"/> Morgan	<input type="checkbox"/> San Juan	

Población objetivo

Por favor seleccione todas las respuestas válidas

- Niños de familias que viven con bajos ingresos (por ejemplo, en o por debajo del umbral de pobreza) que se ven afectados por el cierre de escuelas o guarderías
- Comunidades de color
- Trabajadores de la salud, la hostelería, industria de servicios y los trabajadores temporales o contratistas
- Comunidades de inmigrantes y refugiados
- Empleados con salarios mínimos o bajos desplazados por cierres de negocios
- Adultos mayores que viven con bajos ingresos (por ejemplo, en o por debajo del umbral de la pobreza)
- Personas con dominio limitado del inglés
- Personas con discapacidades
- Personas sin seguro de médico
- Víctimas de violencia doméstica o abuso infantil
- Personas que viven con bajos ingresos (por ejemplo, en o por debajo del umbral de pobreza)

- Personas sin hogar
- Gobiernos tribales
- Personas inmunocomprometidas o medicamente frágiles

¿Se coordinan las actividades con su oficina local de gestión de emergencias?

- Si
- No

Actividades planificadas

Describe sus actividades planificadas (límite de caracteres: 2,000)

Resultados deseados

¿Cuáles son sus resultados deseados? (límite de caracteres: 2,000)

¿Cuántas personas espera alcanzar o servir? _____

¿Cómo se asegura que su proyecto ayudará a los miembros vulnerables de su comunidad? (límite de caracteres:2000)

¿Cómo está coordinando sus actividades con otras organizaciones y miembros de la comunidad? (límite de caracteres: 2,000)

¿Qué otras fuentes de financiación están disponibles para apoyar su trabajo y cómo las aprovecha? (límite de caracteres: 2,000)

¿Nos autoriza compartir su información de contacto e información incluida en su solicitud con entidades externas?

- Si
- No

DOCUMENTOS

Si su solicitud es aprobada se requerirá de “The Applicant Patriot Act” así como el formulario de Información para Pago debidamente completado. So su solicitud es aprobada, se le contactará para que nos haga llegar el documento “Applicant Patriot ACT” así como la información necesaria para la realización del pago.

Por favor incluya su formato W9 debidamente completado. Si cuenta usted con un patrocinador fiscal, por favor incluya la información de dicha entidad. Si su solicitud es aprobada, lo contactaremos para solicitarle su W9. Si requiere usted de una copia de este formato, lo puede descargar aquí.

Si su propuesta conjunta es seleccionada:

Por favor incluya cartas firmadas para cada una de las organizaciones que forman parte de la colaboración. En dichas cartas, se deberá de confirmar que forman parte de la colaboración y que tienen la capacidad de llevar a cabo las actividades descritas en su aplicación. Una carta firmada para cada una de las organizaciones que forman parte de la solicitud conjunta debe de ser incluida.

No olvide guardar debidamente su documento con la información incluida antes de enviarlo