



SOLICITUD DEL APOYO.

Día Mes Año
Fecha: ____ / ____ / ____

INSTRUCCIONES

Por favor responda a cada pregunta marcando una "X" la opción que considere correcta o escriba su respuesta en los espacios destinados para ello.

Nombre de la OSC's	Dirección:	Teléfono: E-mail: Celular:	Contactos.
---------------------------	-------------------	---	-------------------

DATOS GENERALES

1.- Nombre de Apoderado Legal: _____
1.1.- Correo Electrónico: _____ 1.2.- Teléfono(s): _____
2.- Nombre de Director General: _____
2.1.- Correo Electrónico: _____ 2.2.- Teléfono: _____

3.- Objetivo General de la OSC.

(A efecto de saber cuál es la finalidad de las actividades que lleva la OSC, a que se dedica y ya no generar preguntas si va a cierto sector y cuidado específico, v.gr: a madres desamparadas, a PAM, a NN abandonados, atención a temas de drogadicción).

Continúa la solicitud

La OSC Cuenta con:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consejo | <input type="checkbox"/> Asamblea de asociados |
| <input type="checkbox"/> Patronato | <input type="checkbox"/> Comité Ejecutivo |
| <input type="checkbox"/> Mesa Directiva | <input type="checkbox"/> Junta Directiva |

Otro: _____

4.-Cuentan con sedes o domicilio diversos de atención o de prestación de algún servicio. Sí No

Domicilio 1: _____

Domicilio 2: _____

(Algunas OSC'S tienen domicilios alternos donde prestan servicios pero no los dan a conocer por carentes y utilizan datos de población, recursos, personal, etc.)

POBLACIÓN ATENDIDA Y SERVICIOS BRINDADOS

5.- Población a la que presta servicios asistenciales. (Personas)

- De 0 a 5 años. Cantidad _____
- De 6 a 15 años. Cantidad _____
- De 16 a 18 años. Cantidad _____
- Adultos (de 19 a 59 años). Cantidad _____

Continúa la solicitud

Adultos Mayores (de 60 en adelante). Cantidad _____

Hombres Mujeres Mixtos

6.- Especifique, la actividad asistencial que brinda

Indique cual: _____

6.1 Antigüedad, que tiene prestado dicha actividad asistencial

5 años 11 a 15 años Más de 20 años
 6 a 10 años 16 a 20 años

6.2 En el tipo de servicio que prestan, realiza actividades tendientes a la modalidad de:

Promoción Prevención Diagnostico Difusión

Otro, especifique: _____

6.3 En el servicio que presta, realiza actividades tendientes al tipo de:

Satisfacer las necesidades Resolver la problemática Reinserción social
 Independencia y autosuficiencia Aplicación de valores

Otro, especifique: _____

7.- Estatus de las personas atendidas.

Sin red familiar Con red familiar En situación de calle Menores
 Mujeres embarazadas Prisioneros Personas analfabetas Indígenas
 Pobreza extrema Comunidad LGBTTI Migrantes
 Personas con discapacidad, especifique _____

Otros: _____

Continúa la solicitud

8.- Tipo de Servicio que brindan.

- Albergue (Asistencia permanente) Descripción.- _____
- Residencia de día (Asistencia temporal) horarios.- _____
- Atención Institucional (Práctica de diversas actividades de beneficio social, sin albergar)
Horarios: _____ Descripción. _____
- Otro, especifique: _____

8.1 En caso de albergar, refiera:

Cuenta con dormitorios separados por:

- Edad Sexo Enfermedad física Trastorno de salud mental

Otro, especifique: _____

8.2 En caso de atención Institucional (No albergan), proporcionan el servicio disgregando por:

- Edad Enfermedad Física Trastorno de salud mental

Otro, especifique: _____

9.- Medios de Recaudación económica, para realizar los servicios que brindan.

- Donativos.
- Realización de eventos.- Especifique: _____
- Cuotas periódicas
- Patronato
- Ventas de productos y/o servicios.
- Otro, especifique _____

Continúa la solicitud

10.- Recursos económicos anuales necesarios para realizar los servicios brindados.

- Menos de \$100,000.00
- Entre \$101,000.00 a \$200,000.00
- Entre \$201,000.00 a \$300,000.00
- Más de \$300,000.00

PERSONAL

11.- Recursos Humanos con el que cuenta la OSC

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Director. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Responsable Sanitario. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Educador. Cant_____ |
| <input type="checkbox"/> Coordinador. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Psicólogo. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Pedagogo. Cant_____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidadores. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Pediatra. Cant _____ |
| <input type="checkbox"/> Médico. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Enfermera. Cantidad_____ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo Social. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Dietista. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Geriatra Cant _____ |
| <input type="checkbox"/> Activador de estimación, Formación, | <input type="checkbox"/> Cocinera. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta.Cant_ |
| <input type="checkbox"/> Promoción y Autocuidado. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Intendente. Cantidad_____ | |
| <input type="checkbox"/> Procurador de fondos. Cantidad_____ | <input type="checkbox"/> Vigilante. Cantidad_____ | |

Otros, especifique y cuantifique: _____

¿El personal con el que cuenta, tienen alguna especialidad?

- Todos Mayoría Pocos Nadie

¿Qué tipo de profesionalización tienen, referente a la actividad que prestan en la OSC?

- Diplomados Especialidad Cursos Maestría Doctorado

Continúa la solicitud

Reconocimientos detenidos Certificación

Otros, especifique: _____

12.- CAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN (Personas albergadas)

- De 5 a 10 personas
- De 11 a 20 personas
- De 21 a 30 personas
- Más de 30; Especifique el número: _____

12.1 Capacidad de Personas a las que pueda prestar la atención institucional (Personas no albergadas)

COADYUVANCIA CON AUTORIDADES

13.- ¿Tiene actualmente personas albergadas referidas por DIF Estatal o Procuraduría auxiliar?

Sí No

En caso de contestar positivamente, Indicar
Cantidad: _____

1.-Nombre: _____

Edad: _____

¿Cuenta con red familiar? Sí No

Tiempo que ha prestado el servicio: _____

Particularidad de servicio prestado:

Continúa la solicitud

Albergue Residencia de día Atención Institucional

2.-Nombre: _____

Edad: _____

¿Cuenta con red familiar? Sí No

Tiempo que ha prestado el servicio: _____

Particularidad de servicio prestado:

Albergue Residencia de día Atención Institucional

3.-Nombre: _____

Edad: _____

¿Cuenta con red familiar? Sí No

Tiempo que ha prestado el servicio: _____

Particularidad de servicio prestado:

Albergue Residencia de día Atención Institucional

Nota: Agregar más puntos, en caso de que sea necesario añadir más número de personas a las que brinda el servicio.

13.1 ¿Tiene actualmente personas albergadas referida por algún DIF Municipal?

Sí No

Municipio: _____

En caso de contestar positivamente, Indicar:

Cantidad: _____

Continua la solicitud

13.2 ¿Tiene actualmente personas albergadas referida por la procuraduría de protección de niñas, niños y adolescentes, del Estado de Guanajuato (PPNNA)

Sí No

En caso de contestar positivamente, Indicar:

Cantidad: _____

13.3 Cantidad de personas albergadas actualmente

Hombre. Cantidad _____ Mujeres. Cantidad _____

14 ¿Recibe la Osc visitas de alguna autoridad?

Sí No

Si contesto en sentido afirmativo, refiera:

DIF Estatal Procuraduría DIF Municipales Procuradurías Auxiliares

Alguna otra, especifique: _____

Con que frecuencia la visitan.

Mes Bimestre Trimestre Semestre Anual

Otra temporalidad, especifique: _____

Le realice observaciones de mejora en cuanto a la OSC

A veces Siempre Nunca

Continúa la solicitud

¿Ha solventado las observaciones emitidas?

A veces Siempre Nunca

En caso de que haya contestado “A veces” y “Nunca”, refiera; cual es la problemática con la que se enfrenta para solventar las observaciones.

Económica Por falta de personal Descuido Por estructura de inmueble

Otro, especifique: _____

¿Las Autoridades le han invitado a eventos que realizan?

Sí No

¿Qué autoridad? DIF Estatal PEPNNA DIF Municipal Procuradurías auxiliares municipales

Otra; Refiera: _____

¿Participa en los eventos a los que se les invita?

Sí Algunas ocasiones Nunca

Si contestó “Nunca” ¿Cuáles son los motivos?

Económicos Poco interés Falta de personal No le es útil

Otro, Especifique _____

¿Cuáles son los eventos a los que se les ha invitado?

Capacitaciones Ponencias Asesorías Culturales Recreativos

Otros, especifique _____

PETICIÓN

15 El apoyo económico que solicita es para gastos de:

Operatividad Regulación

Continúa la solicitud

Si es para Regulación;

No. de Cotización	SOLICITADO (Bien ó servicio) Descripción	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DATOS DEL PROVEEDOR (Nombre, domicilio y teléfono)	PRECIO TOTAL	SERVICIO A SUMINISTRAR
Cotización 1						
Cotización 2						
Cotización 1						
Cotización 2						
Cotización 1						
Cotización 2						

Nota: El dato de servicio a administrar, solo debe ser llenado en la 1 primera cotización. Y estas de manera física deberán ser presentadas.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que todos los datos aportados y manifestados en el presente, son total y absolutamente ciertos; por lo que la autoridad competente podrá realizar actos de verificación de documentos u cualquier otro elemento que contenga los datos aquí plasmados, con el único fin de cotejar dicha información; lo anterior con fundamento, términos y consecuencias del artículo 29 Reglas de Operación del Programa "Sociedad Fuerte y Organizada".

Por lo que los participantes, deberán de abstenerse de proporcionar datos falsos o documentos apócrifos, según lo establecido en el artículo 45 Fracción II de las Reglas en cita.

Así mismo, me hago sabedor que, en caso de proporcionar datos falsos o documentos apócrifos, puedo ser acreedor a las sanciones previstas en el artículo 47 de las Reglas de Operación citadas y de las demás aplicables según sea el caso concreto.

Si tiene alguna duda, Favor de comunicarse a la Coordinación "Sociedad Fuerte y Organizada" de la Dirección de Fortalecimiento Comunitario, al teléfono 473 732 6304 o bien acudir a las oficinas ubicadas en Pueblito de rocha s/n, Pueblito de rocha, Guanajuato.,Gto., C.P. 36040.

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!