**Información Organizacional para su Perfil**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la organización: | |  | Seguro Social Patronal: | |  |
| Director/a: |  | | Teléfono: | |  |
| Correo-electrónico: |  | | Pueblo: | |  |
| Página electrónica: |  | | FaceBook Page: |  | |

**Instrucciones: Lea cada una de las premisas y seleccione con una marca de cotejo (🗸).**

**I. Descripción de la Organización**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterios a Evaluar** | **Respuesta** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Indique si está afiliado a alguna de estas fundaciones: |  | | | | Fundación Ángel Ramos | | | | | | | | | | | |  | | | | | Fundación Comunitaria | | | | | | | | |
|  | | | | Fundación Banco Popular | | | | | | | | | | | |  | | | | | Fondos Unidos de PR | | | | | | | | |
| 1. Ingresos de la Organización |  | | | | Menos de $1 millón | | | | | | | | | | | |  | | | | | Más de $1 millón | | | | | | | | |
| 1. Indique el tiempo que lleva operando la organización: |  | | | menos de un año | | | | | | | | |  | | 1-2 años | | | |  | | | 3-4 años | | | | |  | | 5 años+ | |
| 1. Marque las razones por las cuales surge la necesidad de crear la organización: |  | | | | Evaluación de estadísticas que indicaban la necesidad de desarrollo de una organización que atendiera esa necesidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Experiencia familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Iniciativa de alguna Iglesia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Política Pública | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Solicitud de la comunidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Otros: (especifique en el área de observaciones) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Tipos de servicios que ofrece la organización: |  | Educativos | | | | | | |  | | | Apoyo psicológico | | | | | | | |  | | | Cuido | | |  | | Ayuda social | | |
|  | Rehabilitación | | | | | | |  | | | Apoyo técnico | | | | | | | |  | | | Recreativos/deportivos | | | | | | | |
|  | Salud | | | | | | |  | | | Otros (especifique) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 1. Población que sirve: |  | Niños/as | | | | | | |  | | | Jóvenes | | | | |  | Viejos/as | | | | | | |  | | | Hombres | | |
|  | Mujeres | | | | | | |  | | | Animales | | | | |  | Comunidades | | | | | | | | | | | | |
| 1. Personas atendidas: | Número de personas atendidas anualmente: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. Número de empleados: | A tiempo completo: | | | | | | | | |  | | | | A tiempo parcial: | | | | | | |  | | | Voluntarios: | | | | | |  |
| 1. Cumple con los requisitos del Departamento del Estado: |  | | Sí | | |  | | No | | Número de certificado de incorporación | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Año de incorporación: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 1. Indique si tiene exención contributiva: |  | | | | | | Estatal | | | |  | | | | | Federal | | | | | | | | | | | | | | |

**II. Información Financiera Básica**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterios a Evaluar** | **Respuesta** | | | | | |
| 1. Marque si su organización cumple con los siguientes requerimientos: |  | Estados financieros auditados o revisados | | | | |
|  | Conciliación de estados bancarios mensuales | | | | |
| 1. Sistema de contabilidad que utiliza: |  | Peachtree | |  | | |
|  | Quickbooks | |  | | |
|  | Excel | |  | | |
|  | Otro indique: | |  | | |
| 1. Indique todas las fuentes de fondos y qué por ciento aproximado representan del total de sus ingresos: | Donativos legislativos | | | |  | % |
| Donativos municipales | | | |  | % |
| Donativos corporativos | | | |  | % |
| Donativos individuales | | | |  | % |
| Fondos federales | | | |  | % |
| Fundaciones | | | |  | % |
| Ventas | | | |  | % |
| Otros\* | | | |  | % |
| \*Favor de proveer una breve descripción de la naturaleza de estos fondos en información adicional. *El total de los porcientos tiene que ser 100% y en números enteros.* | | | | | |
| 1. Marque si su organización cumple con los requisitos fiscales y contributivos según lo dispuesto por las leyes estatales y federales: |  | | Planilla de contribución retenida (Departamento de Hacienda) | | | |
|  | | Planilla de Seguro Social y Medicare (941PR, 940 IRS) | | | |
|  | | Informe anual de corporaciones sin fines de lucro (Depto. Estado) | | | |
|  | | Planilla Informativa de Organizaciones Exentas de Contribución Sobre Ingresos (Forma 480.7OE) | | | |
|  | | Fondo del Seguro del Estado | | | |
| 1. Indique la persona que trabaja las finanzas o maneja la contabilidad de la organización: |  | | Administrador a tiempo completo | | | |
|  | | Administrador a tiempo parcial | | | |
|  | | Contable | | | |
|  | | CPA | | | |
|  | | Secretaria | | | |
|  | | Otros: (especifique en el área de observaciones) | | | |

**\*Esta información es utilizada para propósitos estadísticos en general que evaluarán la variedad de donativos recibidos por las organizaciones. Cabe mencionar que nuestro interés en respecto a esta información es ampliar los temas de capacitación para lograr nuestra Visión, la sostenibilidad económica de las organizaciones sin fines de lucro para mejorar nuestra calidad de vida.**

**Solicitud de Servicios**

**Información Básica**

1. Mencione la misión de la organización:

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

1. Programas que opera la organización:

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

1. Mencione la relación con Asesores Financieros comunitarios:

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

1. Indique el presupuesto de la organización:

|  |
| --- |
|  |