

DEPARTAMENTO DE LA
FAMILIA



SOLICITUD DE PROPUESTA SUBVENCIÓN 2021

**PROGRAMA DE SOLUCIONES DE EMERGENCIA
(ESG)**

Argie Díaz González
ProgramaEsg@familia.pr.gov
www.familia.pr.gov



PROGRAMA DE SOLUCIONES DE EMERGENCIA (ESG) SOLICITUD DE PROPUESTA SUBVENCIÓN 2021

Utilice la Guía de Propuesta para el Año Programa 2021, donde le ofrecemos instrucciones específicas para cumplimentar esta solicitud. Es importante que complete toda la información solicitada y que incluya los documentos requeridos en la Lista de Anejos y Certificaciones.

I. INFORMACIÓN GENERAL

A. Datos de la Entidad

1. Nombre de la Entidad:										
2. Nombre del Proyecto:										
3. Seguro Social Patronal:				-				-		
4. Dun's Number:										
5. Número de Propuesta:										
6. Presupuesto Solicitado:										

7. COMPONENTES PARA LOS CUALES ESTÁ SOLICITANDO FONDOS

<input type="checkbox"/> Servicio de Alcance	<input type="checkbox"/> Albergue de Emergencia	<input type="checkbox"/> Prevención
<input type="checkbox"/> Realojamiento Rápido	<input type="checkbox"/> HMIS	<input type="checkbox"/> Administración

8. TIPO DE ENTIDAD

<input type="checkbox"/> Gobierno Municipal	<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro
<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro de base de fé	<input type="checkbox"/> Otro:

9. DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD

DIRECCIÓN FÍSICA	DIRECCIÓN POSTAL

10. TELÉFONOS DE LA ENTIDAD

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Teléfono de la Entidad (1)	Teléfono de la Entidad (2)



11. CORREO ELECTRÓNICO DE LA ENTIDAD

Correo Electrónico (1)	Correo Electrónico (2)

12. PERSONA(S) CONTACTO PARA EL PROGRAMA

Nombre	Puesto
Nombre	Puesto

B. Datos del Proyecto

1. NOMBRE DEL PROYECTO: _____

2. DIRECCIÓN FÍSICA

DIRECCIÓN POSTAL

Debe ser la dirección postal de la entidad:

3. TELÉFONOS DEL PROYECTO

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono del Proyecto (1)				Teléfono del Proyecto (2)			

4. CORREO ELECTRÓNICO DEL PROYECTO

Correo Electrónico (1)	Correo Electrónico (2)



5. PERSONA(S) CONTACTO PARA EL PROGRAMA EN EL PROYECTO

Nombre	Puesto
Nombre	Puesto

6. AÑOS QUE LLEVA SU ENTIDAD PROVEYENDO SERVICIOS A LA POBLACIÓN DE PERSONAS SIN HOGAR

Cantidad:	Región servida:
-----------	-----------------

II. INFORMACIÓN PROGRAMÁTICA

A. COMPONENTES DEL PROGRAMA ESG

1. Alcance en la Calle (Street Outreach)

- a. Indique en la tabla provista del Componente de **Alcance en la Calle (Street Outreach)** el presupuesto que solicita para garantizar el servicio a las personas sin hogar:

ALCANCE EN LA CALLE (STREET OUTREACH) (24 CFR § 576.101)	PRESUPUESTO SOLICITADO
1. <i>Engagement</i> (Alcance)	
2. Manejo de Casos	
3. Servicios de Salud de Emergencia	
4. Servicios de Salud Mental de Emergencia	
5. Transportación	
6. Servicios a la población con necesidades especiales (Ver Guía de Propuesta para las poblaciones aplicables)	
7. Otros gastos: Especifique	
TOTAL	\$

Deberá completar los anejos siguientes: Anejo 1 - Recursos Humanos

Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto



- b. Indique el número de participantes (No Duplicados) que proyecta servir para el periodo de la Propuesta del Año Programa 2021:

CANTIDAD DE PARTICIPANTES STREET OUTREACH – ALCANCE EN LA CALLE	Adultos	Niños	Total

Desglose de participantes	GÉNERO						Total		
	Hombres			Mujeres					
	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años
Total									



2. Albergue de Emergencia

- a. Indique en la tabla provista del Componente de **Albergue de Emergencia** el presupuesto que necesita para garantizar los servicios a las personas sin hogar.

ALBERGUE DE EMERGENCIA (24 CFR § 576.102)	PRESUPUESTO SOLICITADO
1. Servicios Esenciales	
• Manejo de Casos	
• Cuido de Niños	
• Servicios de Educación	
• Asistencia en el Empleo y Adiestramiento	
• Servicios Ambulatorios de Salud	
• Servicios Legales	
• Destrezas de Vida	
• Servicios de Salud Mental	
• Tratamientos Abuso de Sustancias	
• Transportación	
• Servicios a la Población con Necesidades Especiales (Ver Guía de Propuesta para las poblaciones aplicables)	
• Otros gastos (especifique)	
2. Rehabilitación o Renovación	
• Rehabilitación Mayor o Sustancial	
• Conversión o Cambio	
• Renovación y/o Rehabilitación	
3. Gastos Operacionales	
• Reparaciones Menores o Rutinarias (\$25 a \$500)	
• Renta de la Facilidat que se utiliza como Albergue	
• Seguridad	



• Gas	
• Alimentos	
• Agua y Alcantarillado	
• Energía Eléctrica	
• Equipo y Mobiliario (se requiere presentar en el narrativo el detalle del equipo o mobiliario, dónde estará ubicado y para qué será utilizado. Debe mantener inventario actualizado.)	
• Seguro de Responsabilidad Pública	
• Materiales y Suministros Necesarios para la Operación del Albergue (Mantener inventario COVID-19)	
• Otros Gastos (especifique)	
TOTAL	\$

Deberá completar los anejos siguientes: Anejo 1 - Recursos Humanos Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto Anejo 3 – Justificación, Estimados y Otros documentos

- b. Indique en las tablas provistas la capacidad completa (número de camas) de su proyecto, y cuáles de estas están separadas para el Programa y desglose según la composición familiar y complete las tablas de inventario de camas y unidades de vivienda.

CAPACIDAD DEL ALBERGUE	NÚMERO DE CAMAS
Camas separadas para el programa ESG	
Camas subvencionadas con otros fondos	
Camas Privadas	
TOTAL DE CAMAS	
COMPOSICIÓN FAMILIAR	CANTIDAD DE CAMAS
Adultos sin Niños	
Adultos con Niños	
TOTAL DE CAMAS	



1. Cantidad de Camas para Personas Sin Hogar: Tabla Principal – Camas

<u>Categoría de Núcleo de Personas (Households)</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Personas sin hogar</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Personas sin hogar crónicas</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Veteranos sin hogar</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Jóvenes sin hogar (Youth)</u>
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				_____ Para Menores de 18 años _____ Adultos Jóvenes de 18 a 24 años _____ Para cualquier joven sin hogar de hasta 24 años

Cantidad de Camas para Personas Sin Hogar **Veteranos:**

<u>Categoría de Núcleo de Personas (Households)</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Veteranos Crónicos</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a Veteranos Jóvenes (Youth) (18-24 años)</u>	<u>Cantidad de camas de dedicadas a cualquier otro Veterano sin hogar</u>	<u>Cantidad de camas Total dedicadas a Veteranos (Debe coincidir con el total de Camas dedicadas a Veteranos indicado en Tabla Principal-Camas)</u>
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				



2. Cantidad de Camas para Personas Sin Hogar Jóvenes (Youth):

Categoría de Núcleo de Personas (Households)	Cantidad de camas de dedicadas a Jóvenes (Youth) Crónicos	Cantidad de camas de dedicadas a Jóvenes (Youth) Veteranos (18-24 años)-Debe coincidir con la columna de la tabla anterior	Cantidad de camas de dedicadas a cualquier otro Joven sin hogar (Youth)	Cantidad de camas Total dedicadas a Jóvenes sin hogar (Debe coincidir con el total de Camas dedicadas a "Youth" indicado en Tabla Principal-Camas)
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				

UNIDADES:

3. Cantidad de Unidades para Personas Sin Hogar: Tabla Principal - Unidades

Categoría de Núcleo de Personas (Households)	Cantidad de unidades de dedicadas a Personas sin hogar	Cantidad de unidades de dedicadas a Personas sin hogar crónicas (ver definición)	Cantidad de unidades de dedicadas a Veteranos sin hogar	Cantidad de unidades de dedicadas a Jóvenes sin hogar (Youth)
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				_____ Para Menores de 18 años _____ Adultos Jóvenes de 18 a 24 años _____ Para cualquier joven sin hogar de hasta 24 años



4. Cantidad de Unidades para Personas Sin Hogar *Veteranos*:

Categoría de Núcleo de Personas (Households)	Cantidad de unidades de dedicadas a Veteranos Crónicos	Cantidad de Unidades de dedicadas a Veteranos Jóvenes (Youth) (18-24 años)	Cantidad de Unidades de dedicadas a cualquier otro Veterano sin hogar	Cantidad de Unidades Total dedicadas a Veteranos (Debe coincidir con el total de Unidades dedicadas a Veteranos indicado en Tabla Principal-Unidades)
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				

5. Cantidad de Unidades para Personas Sin Hogar *Jóvenes (Youth)*:

Categoría de Núcleo de Personas (Households)	<u>Cantidad de unidades de dedicadas a Jóvenes (Youth) Crónicos</u>	<u>Cantidad de unidades de dedicadas a Jóvenes (Youth) Veteranos (18-24 años)-Debe coincidir con la columna de la tabla anterior</u>	<u>Cantidad de unidades de dedicadas a cualquier otro Joven sin hogar (Youth)</u>	<u>Cantidad de unidades Total dedicadas a Jóvenes sin hogar (Debe coincidir con el total de Camas dedicadas a "Youth" indicado en Tabla Principal-Unidades)</u>
Adultos sin Menores				
Adultos con Menores				
Solo Menores				
TOTAL				



- c. Indique número de participantes (no duplicados) que proyecta servir en el Albergue de Emergencia para el periodo de la Propuesta del Año Programa 2021.

CANTIDAD DE PARTICIPANTES	Adultos	Niños	Total

Desglose de Participantes	GÉNERO						Total		
	Hombres			Mujeres					
	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años
Total									

- d. Indique el número de personas que proyecta albergar con este presupuesto, según el tipo de facilidad residencial: Marque con una **X**.

DESCRIPCIÓN DE FACILIDAD	NÚMERO DE PERSONAS
<input type="checkbox"/> Barracas (<i>Site Based – Single Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Casa/ Hogar de grupo (<i>Site Based - Clustered/Multiple Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Apartamentos (<i>Tenant Based - Scattered Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Casa Individual por Familia (<i>Tenant Based - Scattered Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Cuarto (<i>Site Based - Single Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Casa Móvil (<i>Site Based - Single Site</i>)	
<input type="checkbox"/> Motel/Hotel/Airbnb	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
TOTAL	



3. Prevención

a. Indique en la tabla provista del Componente de **Prevención** el presupuesto que necesita para garantizar los servicios a las personas sin hogar.

PREVENCIÓN	PRESUPUESTO SOLICITADO
1. Costo de Solicitud de Alquiler	
2. Depósitos de Seguridad - Fianzas	
3. Pago de Renta a Corto Plazo	
4. Pago de Renta a Mediano Plazo	
5. Pago de Atrasos de Alquiler	
6. Pagos de Fianza para Utilidades	
7. Pagos de Utilidades Atrasadas	
8. Costo de Mudanza o Almacenamiento	
9. Búsqueda y Localización de Vivienda	
10. Manejo de Caso para la Estabilidad de la Vivienda	
11. Mediación	
12. Servicios Legales	
TOTAL	\$

Deberá completar los anejos siguientes: Anejo 1 - Recursos Humanos Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto



- b. Indique número de participantes (no duplicados) que proyecta atender bajo el **Componente de Prevención** para el periodo de la Propuesta del Año Programa 2021:

NÚMERO DE PARTICIPANTES Prevención	Adultos	Niños	Total

Desglose de participantes	GÉNERO						Total		
	Hombres			Mujeres					
	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años
Total									



6. Realojamiento Rápido (*Rapid Re-Housing*)

- a. Indique en la tabla provista del Componente de **Realojamiento Rápido (*Rapid Re-housing*)** el presupuesto que necesita para garantizar los servicios a las personas sin hogar.

REALOJAMIENTO RÁPIDO (<i>RAPID RE-HOUSING</i>)	PRESUPUESTO SOLICITADO
1. Costo de Solicitud de Alquiler	
2. Depósitos de Seguridad - Fianzas	
3. Pago de Renta a Corto Plazo	
4. Pago de Renta a Mediano Plazo	
5. Pago de Atrasos de Alquiler	
6. Pagos de Fianza para Utilidades	
7. Pagos de Utilidades Atrasadas	
8. Costo de Mudanza o Almacenamiento	
9. Búsqueda y Localización de Vivienda	
10. Manejo de Caso para la Estabilidad de la Vivienda	
11. Mediación	
12. Servicios Legales	
TOTAL	\$

Anejo 1 - Recursos Humanos Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto

7. Indique número de participantes (no duplicados) que proyecta atender bajo el **Componente de Realojamiento Rápido (*Rapid Re-housing*)** para el periodo de la Propuesta del Año Programa 2021:

NÚMERO DE PARTICIPANTES	CANTIDAD
Adultos	
Niños	
TOTAL	



Desglose de participantes	GÉNERO						Total		
	Hombres			Mujeres					
	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años	Menores de 18 años	De 18 a 24 años	Mayores de 24 años
Total									

b. Indique en las tablas provistas el Tipo de Vivienda y Ubicación que proyecta ofrecer, Cantidad de Unidades, Cantidad de Camas, el desglose por Características del Núcleo Familiar y el Detalle del Presupuesto Solicitado para Otorgar las Asistencias de Alquiler.

CANTIDAD DE UNIDADES				
NÚCLEO FAMILIAR	Adulto con niño	Adulto sin niños	Solo niños	Total
TOTAL				

CANTIDAD DE CAMAS				
NÚCLEO FAMILIAR	Adulto con niño	Adulto sin niños	Solo niños	Total
TOTAL				



TOTAL DE UNIDADES: _____

TOTAL DE CAMAS: _____

Características	Adulto con niño	Adultos sin niños	Solo niños	Total
Adultos mayores de 24 años				
Adultos de 18 a 24 años				
Niños acompañados menores de 18 años				
Niños no acompañados menores de 18 años				
TOTAL				

DETALLE DEL PRESUPUESTO SOLICITADO - ASISTENCIAS DE ALQUILER

Enlace FMRs: <https://www.huduser.gov/portal/datasets/fmr.html>

Tamaño de las Unidades	# de Unidades	FMR Area	12 meses	Total Solicitado
SRO		x	x	x
0 habitación		x	x	x
1 habitación		x	x	x
2 habitaciones		x	x	x
3 habitaciones		x	x	x
4 habitaciones		x	x	x
5 habitaciones		x	x	x
6 habitaciones		x	x	x
7 habitaciones		x	x	x
8 habitaciones		x	x	x
9 habitaciones		x	x	x
Total de unidades y asistencia anual solicitada				



8. Homeless Management Information System (HMIS)

- a. Indique en la tabla provista del **Componente de HMIS** el presupuesto que necesita para garantizar la entrada de datos en el Sistema HMIS:

HMIS	PRESUPUESTO SOLICITADO
1. Licencia	
2. Equipos	
3. Acceso a Internet	
4. Personal para la Entrada de Datos	
5. Otros Gastos (especifique):	
TOTAL	\$

Anejo 1 - Recursos Humanos

Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto

Anejo 4 – Lista de Equipo

6. Administración

- a. Indique en la tabla provista del **Componente de Administración** el presupuesto que necesita para garantizar los servicios a las personas sin hogar: **(organizaciones y municipios)**

ADMINISTRACIÓN	PRESUPUESTO SOLICITADO
TOTAL	\$

Anejo 1 - Recursos Humanos Anejo 2 - Narrativo de Presupuesto



B. REGIÓN A SERVIR

1. Marque con una (x) en cuál o cuáles de las siguientes regiones estará ofreciendo servicios con los fondos del Programa ESG. Vea el Mapa de Regiones adjunto por CoCs.

Aguadilla	<input type="checkbox"/>	Humacao	<input type="checkbox"/>	San Juan - Carolina	<input type="checkbox"/>
Arecibo	<input type="checkbox"/>	Loíza	<input type="checkbox"/>	Yauco	<input type="checkbox"/>
Bayamón	<input type="checkbox"/>	Mayagüez	<input type="checkbox"/>	Caguas	<input type="checkbox"/>
Morovis	<input type="checkbox"/>	Guayama	<input type="checkbox"/>	Ponce	<input type="checkbox"/>

MAPA DE REGIONES POR COC-502 Y COC- 503





2. Marque con una X el enfoque específico de la población que proyecta servir bajo esta Propuesta Nueva del Año Programa 2021. (Seleccione todas las que correspondan):

POBLACIÓN POR SERVIR	X
Víctimas de Violencia Doméstica sin Hogar	
Abuso de Sustancias	
Cronicidad	
Veteranos	
Jóvenes (menores de 25 años)	
Personas de Edad Avanzada	
Problemas de Salud Mental	
Familias con Niños	
VIH / SIDA	
LGBBTQ	
Otra (especifique):	



C. SERVICIOS DE APOYO PARA PARTICIPANTES

1. Proporcione con qué frecuencia ofrece servicios de apoyo para los participantes en la tabla provista. Debe marcar con una **X**, el servicio o los servicios al participante y la frecuencia en que se le provee los servicios de apoyo:

SERVICIOS AL PARTICIPANTE	DIARIO	SEMANAL	CUANDO SEA NECESARIO
Evaluación de las Necesidades de Servicio del solicitante			
Asistencia con el solicitante de costos de mudanza			
Solicitante de gestión de casos			
Cuidado de los Niños			
Servicios de Educación			
Asistencia y Capacitación Laborales			
Alimentos			
Servicios de Búsqueda y Asesoramiento de Vivienda			
Servicios legales			
Capacitación de habilidades para la vida			
Servicios de salud mental			
Servicios de salud para pacientes ambulatorios			
Servicios de alcance			
Abuso de Sustancias			
Tratamiento Servicios			
Transporte			
Depósitos de Servicios Públicos			



III. INFORMACIÓN DE PRESUPUESTO

A. PRESUPUESTO SOLICITADO - La información aquí recopilada recoge aspectos programáticos y fiscales que facilitarán la distribución de los fondos de su entidad o proyecto.

1. Detalle el resumen del presupuesto solicitado:

COMPONENTES	PRESUPUESTO SOLICITADO	% TOTAL SOLICITADO
<i>Street Outreach</i> – Alcance en la Calle		
Albergue de Emergencia		
Prevención		
Rapid Re-Housing		
Homeless Management Information System (HMIS)		
Administración (aplica a municipios y a organizaciones)		
TOTAL	\$	100%

B. RITMO DE GASTO

1. Desglose en el espacio provisto el **ritmo de gasto** de la entidad o proyecto durante el Año Programa 2020-2021:

RITMO DE GASTO					
COMPONENTE	Asignación Original	Transferencias	Reembolsos	Balances	% De Gastos
Albergue de Emergencia	\$	\$	\$	\$	
Alcance en la Calle (Outreach)	\$	\$	\$	\$	
Prevención	\$	\$	\$	\$	
Rapid Re-Housing	\$	\$	\$	\$	
HMIS	\$	\$	\$	\$	
Administración	\$	\$	\$	\$	
TOTAL					



C. CAPACIDAD DE MANEJO FINANCIERO

1. Marque con una **X** cuál o cuáles, si alguna, de las siguientes fuentes de fondos maneja su entidad en la actualidad:

<input type="checkbox"/> HUD: Continuum of Care
<input type="checkbox"/> HUD/VA Supportive Housing (HUD/VASH)
<input type="checkbox"/> VA: Supportive Services for Veteran Families Program (SSVF)
<input type="checkbox"/> HHS: RHY Basic Center Program (BCP)
<input type="checkbox"/> HHS: RHY Transitional Living Program (TLP)
<input type="checkbox"/> HHS: RHY Maternity Group Homes for Pregnant and Parenting Youth (MGH)
<input type="checkbox"/> HHS: RHY Demonstration Project
<input type="checkbox"/> HHS: Ryan White Parte A
<input type="checkbox"/> HHS: Ryan White Parte B
<input type="checkbox"/> HUD: Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)
<input type="checkbox"/> Otro:

2. Marque con una **X** si la entidad cuenta con alguno de los siguientes instrumentos o alternativas de financiamiento:

<input type="checkbox"/> Línea de Crédito de la Banca Privada	<input type="checkbox"/> Préstamos Regulares
<input type="checkbox"/> Línea de Crédito Gubernamental	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Préstamos a Corto Plazo	



D. PROCEDENCIA/FUENTE DE INGRESO

- Indique la disponibilidad de fondos provenientes de otras fuentes con las que cuenta su entidad para efectos del proyecto para la cual solicita la subvención y periodo que comprende cada una de éstas, para ofrecer servicios a la población de personas sin hogar o en riesgo de perder el mismo:

PROCEDENCIA/FUENTE DE INGRESO	CANTIDAD DE FONDOS	PERÍODO QUE COMPRENDE (AÑO FISCAL)
Federal (no incluya fondos del programa ESG)		
Estatad		
Municipal		
Otros		
Total	\$	



E. MEDIDAS DE EJECUCIÓN (PERIODO: 1 ABRIL DE 2020 AL 30 DE ABRIL 2021)

1. Indique la ocupación de camas, tiempo de estadía promedio y el cumplimiento de la entrada de datos para el año programa 2020-2021, según certificaciones del HMIS:

INFORME DE MEDIDAS DE EJECUCIÓN - HMIS 2020-2021	
Ocupación de Camas	La entidad obtuvo el _____% de las camas en el año programa.
Tiempo de Estadía Promedio	Por ciento de personas que participaron en el albergue por menos de tres meses _____% Por ciento de personas que participaron en el albergue por más de tres meses _____%

Anejo 6 – Informe de Medidas de Ejecución del HMIS

CUMPLIMIENTO CON LA ENTRADA DE DATOS EN EL HMIS		
Homeless Management Information System	La entidad está cumpliendo con el periodo de 48 horas para la entrada de datos, según establecido en el plan de calidad de datos aprobado por el CoC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Anejo 7 – Certificación de Cumplimiento de Entrada de Datos



2. SISTEMA COORDINADO DE ENTRADA (CES)

PARTICIPACIÓN EN EL "COORDINATED ENTRY SYSTEM" (CES) EN SU ÚLTIMA ASIGNACIÓN DE FONDOS		
	La entidad recibe y atiende participantes del CES.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sistema Coordinado de Entrada	Cantidad de Referidos Recibidos	_____
	Cantidad de Referidos Atendidos	_____

Anejo 8 – Certificación de Participación en el CES

F. EXPERIENCIA ORGANIZACIONAL (ENTIDADES NUEVAS)


1. Debe incluir anejo de la capacidad financiera del proponente: Explique el sistema y los procedimientos de control financiero de su organización, y la forma en que se monitorean sus actividades, de forma que se garantice que los fondos ESG se gasten de manera oportuna y de acuerdo con todas las regulaciones estatales y federales.
2. Detalle como anejo la planificación que ha preparado la organización para recibir un aumento den los fondos (deberá incluir planes de personal, de supervisión, así como las expectativas de monitoreo que le permitirán a su desembolsar los fondos asignados rápidamente).

G. MEDIDAS DE CONFIDENCIALIDAD

1. Debe incluir como anejo que medida ha establecido y está implementando procedimientos para asegurar la confidencialidad de los registros relacionados con cualquier individuo que reciba servicios de prevención o tratamiento de violencia familiar bajo cualquier proyecto asistido bajo el Programa ESG, incluyendo la protección contra la publicación de la dirección o ubicación de cualquier proyecto de refugio de violencia familiar, excepto con la autorización por escrito de los participantes a la persona responsable de la operación de ese refugio.

IV. LISTA DE ANEJOS Y CERTIFICACIONES REQUERIDAS

Favor colocar los anejos solicitados en el orden descrito a continuación:

LISTA DE ANEJOS	DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Anejo #1 y #1A	Recursos Humanos	
Anejo #2	Narrativo de Presupuesto	
Anejo# 3	Justificación, Estimados y Otros Documentos	
Anejo #4	Lista de Equipo	
Anejo #5	Lista de Materiales	
Anejo #6	Informe de Medidas de Ejecución del HMIS	
Anejo #7A y B	Experiencia Organizacional (Entidades Nuevas)	
Anejo #8	Medidas de Confidencialidad	
LISTA DE CERTIFICACIONES		
Anejo #9	Certificación de Endoso Municipal	
Anejo #10	Certificación de Requisitos del Proyecto	
Anejo #11	Certificación de Pareo de Fondos	
Anejo #12	Certificación de No Cabildero - Anti- <i>Lobbying</i> -	
Anejo #13	Certificación de Buena Pro (<i>Good Standing</i>)	
Anejo #14	Informe de <i>Single Audit</i> , de recibir \$750,000 o más en fondos federales o el Estado Financiero reciente	
Anejo #15	Certificación de Revisión Ambiental (si aplica)	
Anejo #16	Entrega de Documentos Requeridos Subvención 2021	
Anejo #17	Certificación de Hacienda como Entidad Exenta (OSFL)	
Anejo #18	Certificación de Cumplimiento de Entrada de Datos (HMIS)	
Anejo #19	Certificación de Participación en el CES	



Anejo #1

INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Complete **todas** las columnas de esta tabla, incluyendo **todo el personal que ofrece servicio** (tiempo completo y parcial) en el proyecto para el cual, sean o no subvencionados con fondos ESG.

Nombre	Puesto	Salario Anual	SALARIO ANUAL QUE PROYECTA PAGAR EN EL AÑO QUE COMPRENDE LA PROPUESTA				Cantidad de horas que trabajará para ESG (mensual)
			Salario que pagará otro programa (anual)	% del salario que pagarán otros programas (anual - según columna c)	Salario que se pagará por ESG (anual)	% que pagarán otro/s proyecto/s con los fondos solicitados (según columna c)	
(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)



Anejo # 1A

INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Describe las funciones que realizarán aquellos empleados subvencionados por el Programa ESG. No se recomendarán puestos que no hayan sido incluidos aquí en este documento y no tengan descripción de **funciones a realizar** para el programa.

PUESTO	DESCRIPCIÓN

Nota: Debe realizar descripción por cada puesto solicitado a ser pagado en todo o parte por fondos ESG.



Anejo # 2

NARRATIVO DEL PRESUPUESTO

EXPLICACIÓN DEL PRESUPUESTO: (Explique **detalladamente** el presupuesto por partida de gasto de acuerdo con el componente que está solicitando. Incluya las premisas que utilizó para estimar el gasto).

**PROGRAMA DE SOLUCIONES DE EMERGENCIA
(ESG)**



Anejo # 4

LISTA DE EQUIPO SOLICITADO EN PROPUESTA

EQUIPO	CANTIDAD	COSTO APROXIMADO
TOTAL		\$



Anejo # 5

**LISTA DE MATERIALES
OFICINA/LIMPIEZA**

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO
TOTAL		\$



Anejo # 9

CERTIFICACIÓN DE ENDOSO MUNICIPAL

Yo, _____ debidamente autorizado a representar al
(NOMBRE Y PUESTO)
_____, por la presente apruebo las actividades
(MUNICIPIO)
propuestas por el Albergue de Emergencia _____
(NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN)
El cual está localizado en _____.
(PUEBLO)

Esta Certificación se emite conforme a la regulación federal: 24 **CFR 576.202(a)** (2)

Por,

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde del Representante Autorizado

Puesto del Representante Autorizado

Oficina a la que pertenece

Nota: Esta Certificación **NO** tiene que ser solicitada anualmente por la organización para las mismas actividades del Albergue de Emergencia subvencionados el año anterior.



Anejo # 10

CERTIFICACIÓN DE REQUISITOS DEL PROYECTO

Yo, _____, en representación _____
Nombre y Titulo Nombre de Entidad

una entidad no gubernamental o municipio, certifico que de ser elegido para recibir fondos del Programa de Soluciones de Emergencia (*Emergency Solutions Grant Program*), administrados por el Departamento de la Familia, llevaré a cabo las actividades para las cuales los fondos fueron asignados, cumpliré con los términos y las condiciones del Proyecto acordados con el Departamento de la Familia, y contenidos en el 24 CFR parte 576, incluyendo, pero no limitado a los siguientes requisitos:

_____ 1. Los requisitos del 24 CFR 576.2 referentes a la definición de personas sin hogar o personas en riesgo de perder su hogar.

_____ 2. Los requisitos del 24 CFR 576.103 y/o 24 CFR 576.104, referentes a las actividades elegibles para la utilización de los fondos del proyecto.

_____ 3. Los requisitos del 24 CFR 576.406, referentes a las limitaciones en las actividades que rigen a las organizaciones de base religiosa.

_____ 4. Los requisitos del 24 CFR 576.500, referentes a garantizar los servicios y la participación de las personas sin hogar.

_____ 5. Los requisitos del 24 CFR 576.407, referentes a otros requisitos federales, tales como: No discriminación e igualdad de oportunidades, Conflicto de intereses, Preservación histórica y ambiental, etc.

_____ 6. Los requisitos del 24 CFR 576.500, referentes al mantenimiento y a la confidencialidad de los expedientes.

_____ 7. Los requisitos del Drug Free Workplace del 24 CFR parte 24, referentes al *Drug Free Workplace Act* del 1988.

_____ 8. Los estándares de HUD sobre la participación en un HMIS (*Homeless Management Information System*) local, y en la recolección y reporte de esta información a nivel cliente, según indica en el 24 CFR 576.107.

_____ 9. Los requisitos relacionados al cumplimiento con las circulares de la oficina OMB 24 CFR parte 85 y las disposiciones 2 CFR 200 aplicable.

Firma

Fecha



Anejo # 11

CERTIFICACIÓN DE PAREO DE FONDOS

Certifico que _____ aportará en efectivo
Nombre de la Entidad o Municipio

\$ _____ y _____ en especie (“In Kind”) para un total de \$ _____ como pareo de los fondos asignados bajo el Programa de Soluciones de Emergencia “Emergency Solutions Grant Program”, para el desarrollo del proyecto aprobado con fondos en el año que comprende esta propuesta, en conformidad con la reglamentación 24CFR 576.201. La cantidad total deberá parear el 100% con los fondos petitionados en esta propuesta de renovación.

El pareo en especie *In Kind* consistirá de:

Valor de los libros de propiedad	\$
Valor en los libros del equipo y mobiliario	\$
Servicios Profesionales	\$
Gastos Operacionales	\$
Servicios Voluntarios	\$
Otros: Especifique concepto y cantidad	\$
TOTAL	\$

El pareo en efectivo “cash” consistirá de:

Cuenta General	\$
Aportaciones de fondos estatales	\$
Aportaciones de fondos federales	\$
Otros (especifique)	\$
TOTAL	\$

Nombre del Alcalde, Director Ejecutivo
de la Entidad o Director de Finanzas

Firma

Nombre de Director o Administrador
del Proyecto

Firma

Fecha _____



Anejo # 12

CERTIFICACIÓN DE ANTI - LOBBYING

Certificación de contratos, subvenciones, préstamos y acuerdos de colaboración. El abajo firmante certifica, según su leal saber y entender, que:

(1) No se han pagado ni se pagarán fondos federales asignados, por o en nombre del suscrito, a ninguna persona por influir o intentar influir en un funcionario o empleado de una agencia, un miembro del Congreso, un funcionario o empleado de Congreso, o un empleado de un Miembro del Congreso en relación con la adjudicación de cualquier contrato federal, la realización de una subvención federal, la realización de cualquier préstamo federal, la celebración de cualquier acuerdo de cooperación y la extensión, continuación, renovación, enmienda o modificación de cualquier contrato federal, subvención, préstamo o acuerdo cooperativo.

2) Si se han pagado o se pagarán a cualquier persona otros fondos que no sean fondos federales apropiados por influir o intentar influir en un funcionario o empleado de cualquier agencia, un miembro del Congreso, un funcionario o empleado del Congreso, o un empleado de un miembro del Congreso en relación con este contrato federal, subvención, préstamo o acuerdo cooperativo, el que suscribe completará y presentará el Formulario estándar LLL, "Divulgación de actividades de cabildeo *"Lobbying"*", de acuerdo con sus instrucciones.

(3) El abajo firmante requerirá que el lenguaje de esta certificación se incluya en los documentos de adjudicación para todos los sub-recipientes en todos los niveles (incluidos los subcontratos, subvenciones y contratos bajo subvenciones, préstamos y acuerdos de colaboración) y que todos los subreceptores certificarán y divulgarán en consecuencia. Esta certificación es una representación material de hecho sobre la cual se depositó la confianza cuando se realizó o se realizó esta transacción. La presentación de esta certificación es un requisito previo para realizar o realizar esta transacción impuesta por la sección 1352, título 31, Código de EE. UU. Cualquier persona que no presente la certificación requerida estará sujeta a una multa civil de no menos de \$ 10,000 y no más de \$ 100,000 por cada falla.

Declaración de garantías de préstamos y seguro de préstamos

El abajo firmante declara, según su leal saber y entender, que:

Si se han pagado o se pagarán fondos a cualquier persona por influir o intentar influir en un funcionario o empleado de cualquier agencia, un miembro del Congreso, un funcionario o empleado del Congreso, o un empleado de un miembro del Congreso en relación con Este compromiso prevé que los Estados Unidos aseguren o garanticen un préstamo, el abajo firmante completará y presentará el Formulario Estándar-LLL, "Divulgación de Actividades de Cabildeo", de acuerdo con sus instrucciones. La presentación de esta declaración es un requisito previo para realizar o realizar esta transacción impuesta por la sección 1352, título 31, Código de EE. UU. Cualquier persona que no presente la solicitud

Por la presente certifico que toda la información aquí establecida, así como cualquier información provista en el acompañamiento adjunto, es verdadera y precisa.

Nombre de Solicitante: _____ Proyecto: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Anejo #12

CERTIFICATION REGARDING ANTI -LOBBYING

Certification for Contracts, Grants, Loans, and Cooperative Agreements The undersigned certifies, to the best of his or her knowledge and belief, that:

1) No Federal appropriated funds have been paid or will be paid, by or on behalf of the undersigned, to any person for influencing or attempting to influence an officer or employee of an agency, a Member of Congress, an officer or employee of Congress, or an employee of a Member of Congress in connection with the awarding of any Federal contract, the making of any Federal grant, the making of any Federal loan, the entering into of any cooperative agreement, and the extension, continuation, renewal, amendment, or modification of any Federal contract, grant, loan, or cooperative agreement.

2) If any funds other than Federal appropriated funds have been paid or will be paid to any person for influencing or attempting to influence an officer or employee of any agency, a Member of Congress, an officer or employee of Congress, or an employee of a Member of Congress in connection with this Federal contract, grant, loan, or cooperative agreement, the undersigned shall complete and submit Standard Form LLL, "Disclosure of Lobbying Activities," in accordance with its instructions.

3) The undersigned shall require that the language of this certification be included in the award documents for all subawards at all tiers (including subcontracts, subgrants, and contracts under grants, loans, and cooperative agreements) and that all subrecipients shall certify and disclose accordingly. This certification is a material representation of fact upon which reliance was placed when this transaction was made or entered into. Submission of this certification is a prerequisite for making or entering into this transaction imposed by section 1352, title 31, U.S. Code. Any person who fails to file the required certification shall be subject to a civil penalty of not less than \$10,000 and not more than \$100,000 for each such failure.

Statement for Loan Guarantees and Loan Insurance The undersigned states, to the best of his or her knowledge and belief, that:

If any funds have been paid or will be paid to any person for influencing or attempting to influence an officer or employee of any agency, a Member of Congress, an officer or employee of Congress, or an employee of a Member of Congress in connection with this commitment providing for the United States to insure or guarantee a loan, the undersigned shall complete and submit Standard Form-LLL, "Disclosure of Lobbying Activities," in accordance with its instructions. Submission of this statement is a prerequisite for making or entering into this transaction imposed by section 1352, title 31, U.S. Code. Any person who fails to file the required statement shall be subject to a civil penalty of not less than \$10,000 and not more than \$100,000 for each such failure.

I hereby certify that all the information stated herein, as well as any information provided in the accompaniment herewith, is true and accurate:

Applicant's Organization: _____
Name / Title of Authorized Official: _____
Signature of Authorized Official: _____
Date Signed: _____

Warning: HUD will prosecute false claims and statements. Conviction may result in criminal and/or civil penalties. (18 U.S.C. 1001, 1010, 1012; 31 U.S.C. 3729, 3802)



Anejo #16

**ENTREGA DE DOCUMENTOS REQUERIDOS
PROPUESTA NUEVA AÑO PROGRAMA 2021**

Yo, _____ en representación de la entidad _____ certifico que la información provista a esta solicitud y en los demás documentos que acompañan la misma es correcta y confiable. Además, de ser beneficiada con fondos del Programa ESG, acepto y acuerdo que entregaré todos los documentos requeridos para la firma del contrato en o antes de la fecha establecida, y nos comprometemos a cumplir las instrucciones y procedimientos que establezca el Programa de Soluciones de Emergencia (ESG) del Departamento de la Familia y el Departamento de Vivienda Federal (HUD).

Aceptado y Acordado por:

Nombre Director o Administrador del Programa

Firma

Nombre del Director Ejecutivo de la Entidad

Firma

Fecha



18 de junio de 2021

**PROPONENTES PROPUESTA
SUBVENCIÓN 2021
PROGRAMA ESG**

¡Saludos! Espero se encuentren bien dentro de la situación de Pandemia del COVID 19, que enfrenta nuestro País. Agradezco su interés de servir a través de los componentes del Programa ESG del Departamento de la Familia, a una de las poblaciones más vulnerables en Puerto Rico.

Hoy reconocemos que el esfuerzo de todos ha sido notable, la población ésta siendo atendida pero aún nos falta mucho por hacer.

El compromiso de la Dra. Carmen Ana González, Secretaria de la Familia, y de todos los que laboramos en el programa, es junto, con ustedes, contribuir a atender y prevenir el sinhogarismo en Puerto Rico.

Evaluaremos su propuesta de forma responsable y con la transparencia que todos se merecen.

De tener alguna duda pueden escribir al correo electrónico programaesg@familia.pr.gov

¡Confío en que juntos lo lograremos!

Argie Díaz González
Directora Ejecutiva
Programa ESG