



GOBIERNO DE PUERTO RICO

OFICINA DE LA PROCURADORA DE LAS MUJERES
PROCURADORA INTERINA | MADELINE BERMÚDEZ SANABRIA

SOLICITUD DE FONDOS ESTATALES CONVOCATORIA PARE 2023-2024

Nombre de la entidad solicitante:

Nombre de proyecto / programa:

Dirección postal:

Dirección física:

Persona contacto:

Puesto:

Número/s de teléfono/s:

Número de facsímile:

Dirección de correo electrónico:

Fecha en que se fundó la institución:

Tiempo que lleva el proyecto / programa
para el que solicita fondos:

Marque la prioridad a la que solicita:
(puede ser más de una)

- fortalecer los servicios de albergues de emergencia
- fortalecer los servicios ambulatorios
- fortalecer servicios a víctimas con situaciones concurrentes de salud mental
- fortalecer programas innovadores especializados en violencia sexual
- fortalecer servicio directo en horario no tradicional (noches y fines de semana)
- fortalecer programas de servicios legales, asistencia y representación legal
- autosuficiencia económica de mujeres con escasos recursos económicos
- fortalecer servicios de salud sexual y reproductiva
- fortalecer programas y servicios de prevención y educación
- fortalecimiento de la administración, contabilidad y finanzas

Presupuesto total de la institución: \$

Presupuesto total del proyecto/programa propuesto: \$

Total de fondos solicitados: \$

Al aceptar los fondos otorgados por la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, la entidad solicitante se compromete a velar que los mismos sean utilizados para los fines que fueron aprobados y que respondan a los criterios establecidos por la Oficina de la Procuradora de las Mujeres.

Nombre:

Firma: _____

Puesto que ocupa:

Fecha:

Esta hoja debe ser la cubierta de su propuesta, favor de completarla en letra de molde o en computadora. **No necesita incluir una carta de cubierta o presentación. Esta solicitud de fondos debe ser firmada por la autoridad nominadora en la institución.**



RESUMEN DEL PRESUPUESTO

PARTIDA	FONDOS SOLICITADOS A LA OPM	APORTACIÓN DE FONDOS DE OTRAS FUENTES	TOTAL DE FONDOS DEL PROGRAMA
Nómina			
Beneficios Marginales			
Servicios Consultivos y Profesionales			
Gastos Operacionales			
Total			

Copie en esta tabla los totales de cada una de las tablas anteriores y sume cada columna. El total horizontal y vertical bajo la columna de Total de fondos del programa debe ser el mismo.

PLAN DE TRABAJO

Periodo del Plan de Trabajo

Nombre de la Entidad: _____

METAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FECHA	INDICADORES DE EVALUACIÓN	PERSONA ENCARGADA

Liste las metas y objetivos tal y como aparecen en la propuesta. Tome en consideración el tiempo limitado en el que se van a desarrollar los mismos y no elabore más de lo que va a poder desarrollar. Una meta y un par de objetivos suele ser suficiente para trabajo de un año. Las actividades deben ser suficientes para lograr la meta y objetivos. Cada actividad debe tener una fecha que puede ser el nombre del mes en que se va a desarrollar. Para cada actividad también necesita identificar qué tipo de documento va a crear o a utilizar para recoger la información que le va a permitir evaluar esa actividad y las personas que tienen la responsabilidad de desarrollar la actividad, recoger los indicadores de evaluación, y llevar cabo la evaluación.

CERTIFICACIÓN (SÓLO PARA ONG'S)

Yo _____ como _____ de la institución
(Nombre) (Puesto)

_____ con Seguro social patronal _____ certifico que:
(Nombre de la entidad)

1. La institución tiene debidamente aprobado un Reglamento Interno de la Corporación, en el cual se incluyen las disposiciones específicas sobre frecuencia de reuniones de la Junta de Directores(as).
2. Los(as) integrantes de la Juntas de Directores(as) de la institución se reúnen al menos cuatro (4) veces al año.
3. La institución tiene un Reglamento Interno donde se especifica que las minutas de las reuniones deben tener fecha de aprobación y constancia de las personas presentes.
4. La institución tiene un Manual de Procedimientos de Contabilidad.
5. La institución tiene una Minuta o Resolución corporativa donde se establece la legitimidad y autoridad de los(as) funcionarios(as) que la representan.
6. La institución de recibir fondos sobre \$50,000 tendrá un sistema integrado de contabilidad (por ejemplo: Quick Book, Peachtree). De recibir una cantidad menor de \$50,000 tendrá al menos Microsoft Excel.
7. La institución tiene un registro acumulativo de licencias regulares y de enfermedad de todos(as) los(as) empleados(as) para asegurar que los pagos sean los debidos y la corrección de liquidaciones de licencias al momento de renuncias o cesantías.
9. Para tiempo compensatorio, la institución tiene un registro acumulativo para asegurar la corrección y la equivalencia del tiempo acumulado y disfrutado. Ambos forman parte del Manual del Empleado y la Empleada.
10. La institución posee un Manual de Empleado(a) que incluye:
 - a. normas de asistencia
 - b. normas de conducta
 - c. causas de despido
 - d. licencias de compensación
11. Los(as) funcionarios(as) autorizados(as) para verificar y para aprobar las hojas de asistencia y las facturas de servicios profesionales deberán firmar y certificar dichos documentos.

Declaración del solicitante:

Declaro que la información aquí suministrada ha sido debidamente examinada y es cierta, correcta y completa.

 Nombre de la entidad

 Fecha

 Nombre del Director /a Ejecutivo/a

 Firma

CERTIFICACIÓN

Certificación de Financiamiento del Proyecto

Yo _____ como _____ de la entidad
(Nombre) (Puesto dentro de la Junta de Directores o personal directivo)

_____ con Seguro social patronal _____ certifico que:
(Nombre de la entidad)

En la eventualidad de que los fondos asignados a nuestra entidad bajo el Fondos Estatales se retrasen en ser desembolsados certificamos que, tenemos la capacidad económica y/o haremos los esfuerzos razonables para seguir ofreciendo los servicios y para asumir los costos del proyecto y efectuaremos los pagos con regularidad por lo menos tres (3) meses desde el momento de la firma del contrato. Que dichos pagos se efectuarán de la cuenta número _____ del Banco _____.

Declaración del solicitante:

Declaro que la información aquí suministrada ha sido debidamente examinada y es cierta, correcta y completa.

Nombre de la Entidad

Fecha

Nombre Director/a Ejecutivo/a

Firma

Nombre Presidente/a Junta de Directores/as

Firma

CERTIFICACIÓN

Certificación de No Suplantación

Yo _____ como _____ de la entidad
 (Nombre) (Puesto dentro de la Junta de Directores(as) o personal directivo)

_____ con Seguro Social patronal _____ certifico que:
 (Nombre de la entidad)

Todos los fondos estatales concedidos se utilizarán para complementar los fondos existentes para las actividades de los programas, y no sustuiremos (reemplazar).

Declaración del solicitante:

Declaro que la información aquí suministrada ha sido debidamente examinada y es cierta, correcta y completa.

 Nombre de la Entidad

 Fecha

 Nombre de (la) Director/a Ejecutivo/a

 Firma

 Nombre Presidente/a Junta de Directores/as

 Firma

CERTIFICACIÓN

Certificación de conocimiento sobre competencia de los servicios de personal y profesionales que ofrecen asistencia legal a las víctimas de violencia de género.

Yo _____ como _____ de la entidad
 (Nombre) (Puesto dentro de la Junta de Directores(as) o personal directivo)

_____ con Seguro Social patronal _____ certifico que:

1. Se reclutará personal que demuestre su experiencia en la prestación de asistencia jurídica a víctimas de violencia de género en la población a ser atendida.
2. Cualquier persona reclutada para proveer servicios de asistencia legal a través de un programa financiado bajo los fondos estatales habrá completado o completará capacitación relacionada con la violencia de género, asuntos legales relacionados, incluyendo capacitación sobre factores de riesgo basados en la evidencia para homicidios de violencia doméstica y violencia en cita.
3. Cualquier programa de capacitación llevado a cabo en cumplimiento del requisito del párrafo (2) ha sido o será desarrollado en colaboración con un proveedor de servicios de violencia de género, estatal, local, territoriales, tribales u organización o coalición.
4. Cualquier persona u organización que provea asistencia legal a través de un programa financiado bajo el este Programa ha informado y seguirá informando al estado, localidad o a programas o coaliciones de violencia de género y según corresponda, a los funcionarios estatales y locales encargados de hacer cumplir la ley de su trabajo.
5. Las políticas de organización no requieren de mediación o consejería que involucre a los ofensores y las víctimas físicamente juntos, en los casos en que violencia de género es un problema.

Declaración del solicitante:

Declaro que la información aquí suministrada ha sido debidamente examinada y es cierta, correcta y completa.

Nombre de la Entidad

Fecha

Nombre de (la) Director(a) Ejecutivo(a)

Firma

Nombre Presidente/a Junta de Directores/as

Firma

CERTIFICACIÓN

Certificación de conocimiento Cumplimiento con Requisito con las Disposiciones de Confidencialidad y Privacidad

Mediante la firma en este formulario, los solicitantes de fondos bajo otorgación especial del Fondo Estatal están reconociendo que, tienen conocimiento de que, si se les otorga fondos, se les exigirá que cumplan con disposiciones de confidencialidad y privacidad y se exigirá que cumplan con esta disposición, para la cual deberá crear y mantener documentación de cumplimiento, tales como políticas y procedimientos para la divulgación de la información de la víctima.

Yo _____ como _____ de la entidad
(Nombre) (Puesto dentro de la Junta de Directores(as))

_____ con Seguro Social patronal _____ certifico que:
(Nombre de la entidad)

- Con el fin de garantizar la seguridad de los adultos, jóvenes y niños víctimas de violencia doméstica, violencia en las citas, agresión sexual o acecho y sus familias, los beneficiarios de fondos protegerán la confidencialidad y privacidad de las personas que reciben servicios.
- No se revelará o divulgará cualquier información de identificación personal o información individual recopilada en conexión con los servicios solicitados, utilizados o negados a través sus programas, independientemente de si la información ha sido codificada, cifrada, protegida;
- No se divulgará o revelará información individual de/la cliente sin el consentimiento informado, escrito, razonablemente limitado en el tiempo de la persona (o en el caso de un menor no emancipado, el menor y el padre o guardián o en caso de incapacidad legal, un tutor designado por el tribunal) sobre quién se busca información, ya sea para este programa o cualquier otro programa federal o estatal, excepto que el consentimiento no puede ser dado por abusador del menor, persona incapacitada, o el abusador es del otro padre del menor. Si un menor o una persona con un tutor legalmente designado está permitido por ley a recibir servicios sin el consentimiento del padre o tutor, el menor o la persona con un tutor puede divulgar información sin consentimiento adicional.
- Si la divulgación de la información es obligatoria por mandato legal o por mandato judicial, nuestra Entidad realizará intentos razonables para notificar a la/s víctima/s afectada/s por la divulgación de información; y tomarán las medidas necesarias para proteger la privacidad y la seguridad de las personas afectadas por la divulgación de la información.
- Solo se comparte información de las/los participantes si son;
 - datos no identificables en el agregado con respecto a los servicios de los clientes e información demográfica no personal. Esto para cumplir con los requisitos federales, estatales, de evaluación o de recolección de datos;
 - Información generada por los tribunales e información generada por la Policía y contenida en registros seguros y gubernamentales con fines de orden de protección;
 - Información generada por la policía y procesada por los fiscales necesaria para los fines de la aplicación de la ley y del procesamiento.
- En ninguna circunstancia se comparte información de un adulto, joven o niño/a víctima de violencia doméstica, agresión sexual, violencia en cita o acoso sin consentimiento, ni se solicitará que el participante provea su consentimiento para revelar su información de identificación personal como una condición de elegibilidad para los servicios proporcionados subvencionados. Tampoco se compartirá cualquier información de identificación personal con el fin de cumplir con los requisitos federales o estatales de presentación de informes, evaluación o recopilación de datos, ya sea para este programa o cualquier otro programa de subvenciones federal o estatal.
- Nada de lo anteriormente certificado prohíbe el reporte de algún tipo de abuso o negligencia.
- La Entidad documentará el cumplimiento de las disposiciones de confidencialidad y privacidad requeridas.

Declaración del solicitante:

Declaro que la información aquí suministrada ha sido debidamente examinada y es cierta, correcta y completa.

Nombre de la Entidad	Fecha
Nombre de (la) Director/a Ejecutivo/a	Firma
Nombre Presidente/a Junta de Directores/as	Firma