

Fecha _____
 DD/MM/AAAA

Formulario de solicitud de fondos

Sírvase completar y adjuntar esta portada a su solicitud de fondos. El informe debe ser específico al impacto de los fondos de Scotiabank.

Sírvase notar que

- ☐ Esta solicitud contiene 7 secciones que deben completarse con el fin de que su solicitud se examine.
- ☐ Al enviar la solicitud, incluya lo siguiente:
 - Los estados financieros auditados más recientes (Si la organización no cuenta con estados financieros auditados, incluya los estados financieros más recientes) y
 - Lista de oficiales y junta directiva.
- ☐ La solicitud debe estar aprobada por el Director Ejecutivo y Presidente de la organización.

I. Detalles de la organización

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE CONTACTO

CARGO DEL CONTACTO

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

PROVINCIA / ESTADO

PAÍS

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO (CONTACTO)

CORREO ELECTRÓNICO (ORGANIZACIÓN)

NÚMERO DE REGISTRO DE LA ORGANIZACIÓN BENÉFICA (SI CORRESPONDE)

ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS O NO AUDITADOS (ADJUNTOS)

 Sí ☐ / No ☐

LISTA DE LA JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTA)

 Sí ☐ / No ☐

	MONTO	COMENTARIOS
ACTIVOS		
PASIVOS		
COSTOS DE ADMINISTRACIÓN		
COSTOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS		

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE FONDOS

NECESIDAD COMUNITARIA

UBICACIÓN GEOGRÁFICA (¿DÓNDE RESIDEN LA MAYORÍA DE LOS BENEFICIARIOS?)

MONTO TOTAL DE FONDOS SOLICITADOS		MONTO TOTAL DE FONDOS RECIBIDOS ANTERIORMENTE POR EL GRUPO SCOTIABANK	
¿ES ESTA UNA SOLICITUD DE MÁS DE UN AÑO? Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		EN CASO AFIRMATIVO, CANTIDAD DE AÑOS / Monto por año	
OTRAS ORGANIZACIONES FINANCIERAS INVOLUCRADAS		¿ES EL GRUPO SCOTIABANK EL BANCO PRINCIPAL DE SU ORGANIZACIÓN? Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	SI NO ES ASÍ, ¿QUIÉN ES SU BANCO PRINCIPAL?
¿HAY EMPLEADOS DEL GRUPO SCOTIABANK INVOLUCRADOS CON SU ORGANIZACIÓN?(EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE NOMBRE, CARGO E INFORMACIÓN DE CONTACTO) Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>			
NOMBRE		CARGO	INFORMACIÓN DE CONTACTO

II. Aspecto financiero del proyecto

	Monto	Comentarios
OBJETIVO DE LA CAMPAÑA		
FONDOS RECAUDADOS A LA FECHA		

COSTOS ADMINISTRATIVOS TOTALES

COSTOS TOTALES DE RECAUDACIÓN DE FONDO

OTROS COSTOS

COSTOS TOTALES

COSTO/DINERO RECAUDADO

III. Población a la que se le brinda servicio

		Cantidad	Comentarios (describa cómo se beneficiarán estas poblaciones)
ABORÍGENES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
HOMBRES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
ANCIANOS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
VETERANOS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
MINORÍAS VISIBLES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
MUJERES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
JÓVENES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
PACIENTES DE CÁNCER	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
DISCAPACITADOS MENTALES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
DISCAPACITADOS FÍSICOS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
ENFERMEDADES FÍSICAS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
VÍCTIMAS DE DESASTRES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
DESAVORECIDOS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
PERSONAS SIN TECHO	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		

ANIMALES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		
OTROS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>		

IV. ¿Hay oportunidades para la participación de los empleados de Scotiabank?

	Cantidad de empleados u oportunidades	Comentarios (Describa cómo pueden participar los empleados de Scotiabank)
MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA O COMITÉ		
PRESENTACIÓN SOBRE EDUCACIÓN FINANCIERA		
EVENTOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS		
OPORTUNIDADES DE VOLUNTARIADO EN GENERAL		
ENSEÑANZA O TUTORÍA		
OPORTUNIDADES DE FORTALECIMIENTO DE EQUIPO		

V. ¿De que forma se reconocerá a Scotiabank por brindar apoyo?

	Cantidad de impresiones	Comentarios
MEMORIA ANUAL		
MURO DE DONANTES		
OPORTUNIDAD DE ORATORIA EN UN EVENTO		
OPORTUNIDADES DE OTORGAMIENTO DE NOMBRE		
SITIO WEB DE LA ORGANIZACIÓN		
INFORMACIÓN EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN		
AFILIACIÓN A UN PROGRAMA		
SITIOS DE MEDIOS SOCIALES		

VI. Indicadores de resultados específicos del sector (indique sólo áreas de concentración principales)

El arte y la cultura		
	Cantidad de espectadores	Comentarios
CREA CONCIENCIA Y APRECIACIÓN POR LA DIVERSIDAD CULTURAL		
BRINDA OPORTUNIDADES DE QUE LO PRESENCE EL PÚBLICO		
BRINDA ACCESO A SECTORES DESFAVORECIDOS		
	Cantidad de clientes	Comentarios
ENTRETIENE, OFRECE OPORTUNIDADES DE ENTRETENIMIENTO A CLIENTES		
	Cantidad de artistas	Comentarios
AYUDA A QUE LOS ARTISTAS LOGREN EXCELENCIA		
	Cantidad de participantes	Comentarios
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA JUVENTUD		
PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL PÚBLICO EN GENERAL		
Educación		
BRINDA DINERO PARA BECAS		Comentarios
Cantidad de estudiantes		
Monto de dinero / Cantidad de estudiantes		
	Cantidad de estudiantes	Comentarios
BRINDA PREMIOS PARA ALENTAR LA EXCELENCIA EN LA ENSEÑANZA		
BRINDA PREPARACIÓN PARA LA CARRERA		

BRINDA EXPERIENCIA COMPETITIVA DE ESTUDIOS DE CASOS		
HACE POSIBLE CURSOS NUEVOS O MEJORES		
BRINDA EXPERIENCIA INTERNACIONAL		
BRINDA RECONOCIMIENTO DEL LIDERAZGO		
BRINDA TUTORÍA		
BRINDA OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN		
BRINDA OPORTUNIDADES A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES		
BRINDA EXPERIENCIA A EMPRESARIOS Y PEQUEÑAS EMPRESAS		
BRINDA OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN A LOS ESTUDIANTES		
Asistencia médica o sanitaria		
	Cantidad de pacientes	Comentarios
BRINDA TERAPIA ARTÍSTICA Y MÚSICA A PACIENTES		
BRINDA SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIOS A LOS DESFAVORECIDOS		
BRINDA ASESORAMIENTO		
BRINDA DINERO PARA INVESTIGACIÓN		
BRINDA ALIVIO A LAS FAMILIAS		
BRINDA UN TIEMPO DE RESPUESTA MÁS BREVE PARA DIAGNÓSTICOS.		
BRINDA UN TIEMPO DE RESPUESTA MÁS RÁPIDO PARA LA RECUPERACIÓN.		
BRINDA MAYOR ACCESO A LOS PACIENTES		
BRINDA EQUIPO MÉDICO		
BRINDA CUIDADO PALIATIVO		
BRINDA EDUCACIÓN A PACIENTES		

BRINDA REHABILITACIÓN		
	Cantidad de médicos	Comentarios
BRINDA PREMIOS A LA EXCELENCIA MÉDICA		
Servicios sociales y bienestar		
	Cantidad de beneficiarios del programa	Comentarios
BRINDA ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES A LAS ESCUELAS		
BRINDA SERVICIO DE GUARDERÍA		
BRINDA VESTIMENTA		
BRINDA FONDOS PARA LA COMUNIDAD		
BRINDA ORIENTACIÓN		
BRINDA OPORTUNIDADES DE EMPLEO		
BRINDA CAPACITACIÓN DE EMPLEO		
BRINDA SERVICIOS DE ASISTENCIA FAMILIAR		
BRINDA ALIMENTOS		
BRINDA VIVIENDA		
BRINDA RECURSOS DE INFORMACIÓN PARA LA JUVENTUD		
BRINDA CAPACITACIÓN DE LIDERAZGO		
BRINDA INFORMACIÓN MULTICULTURAL		

Deportes

	Cantidad de programa beneficiarios del	Comentarios
BRINDA PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN FÍSICA		
BRINDA OPORTUNIDADES DE LIDERAZGO PARA LA JUVENTUD		
BRINDA PROGRAMAS DE DEPORTES PARA LOS DESFAVORECIDOS		
BRINDA OPORTUNIDADES DE FORTALECIMIENTO DE EQUIPOS PARA LA JUVENTUD		

Medioambiente

		Comentarios
CAMBIA EL COMPORTAMIENTO Y FOMENTA LA REDUCCIÓN	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	
CONSERVE EL AGUA	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	
AYUDA A CONSERVAR LA TIERRA LA VIDA SILVESTRE Y LAS PERSONAS	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	
PROMOCIONA EL AIRE PURO	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	
PROTEGE LOS BOSQUES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	
PROTEGE ESPECIES	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	

Otros
comentarios

VII. Declaración de resultado

EL SUMINISTRO DE LOS FONDOS SOLICITADOS CONDUCIRÁ A ILUMINAR EL MAÑANA POR:

VIII. Aprobación

Yo, el suscrito confirmo por el presente:

- Que la información en esta solicitud es correcta y todas las secciones están completadas a mi mejor saber y entender.

Director Ejecutivo		Presidente	
Escribir el nombre en letra de molde		Escribir el nombre en letra de molde	
<hr/>		<hr/>	
Fecha	Firma	Fecha	Firma
DD/MM/AAAA		DD/MM/AAAA	
<hr/>		<hr/>	