

# GROUP HEALTH FOUNDATION

## Solicitud de Propuestas para el 2021 Propuesta de financiamiento: Fecha límite 6 de mayo de 2021

### Información sobre la organización

Por favor proporcione información sobre la organización que solicita la ayuda.

#### ¿Cómo está organizada legalmente su organización o proyecto?

- Organización sin fines de lucro 501(c)3
- Organización sin fines de lucro 501(c)4
- Patrocinada fiscalmente por una organización sin fines de lucro
- Entidad gubernamental (incluidos los gobiernos tribales)
- Otro: \_\_\_\_\_
- No estoy seguro(a)

Nombre de la organización solicitante: \_\_\_\_\_

DBA (Nombre operativo de la empresa)/Nombre alternativo (opcional, escriba si su organización utiliza un DBA o a veces recibe otro nombre como un acrónimo)

\_\_\_\_\_

Número de identificación del empleador del solicitante(EIN) (si no está patrocinado fiscalmente) \_\_\_\_\_

Nombre del patrocinador fiscal (si está patrocinado fiscalmente)

\_\_\_\_\_

Número de identificación del empleador del solicitante EIN del patrocinador fiscal (si está patrocinado fiscalmente) \_\_\_\_\_

Sitio web principal de la organización/proyecto patrocinado: \_\_\_\_\_

### Información de contacto

Solicitamos el nombre y la información de un contacto principal, a quien enviaremos toda la información del seguimiento correspondiente. Por favor, facilite también la información de una persona que esté autorizada a firmar documentos legales en nombre de su organización (como acuerdos de subvención).

#### Contacto principal:

Nombre	
Puesto que ocupa	
Dirección postal	
Ciudad/Estado/Código Postal	

# GROUP HEALTH FOUNDATION

Número de teléfono directo	
Correo electrónico	

**Firmante autorizado** (por ejemplo, Director Ejecutivo o Presidente, si es diferente del anterior):

Nombre	
Puesto que ocupa	
Dirección postal	
Ciudad/Estado/Código postal	
Correo electrónico	
Número de teléfono Directo	

**¿Desea que suscribamos a estos contactos para que puedan recibir nuestros avisos por correo electrónico?**

- Sí  
 No

## Propuesta de financiación

*Group Health Foundation pide a todas las organizaciones que buscan financiamiento que nos den una reseña sobre su trabajo, las actividades de la organización y cómo enfocan sus objetivos. La Fundación está especialmente interesada en la manera en la que su trabajo mejora el bienestar de las personas negras, indígenas y de color, de las personas queer y transgénero, de las mujeres, de las personas con discapacidades, de las personas con menores ingresos y aquellas con una serie de otras identidades interseccionales, incluyendo las experiencias obtenidas debido a la inmigración, los tribunales y el sistema judicial, la falta de vivienda, etc. Aviso: En caso de patrocinio fiscal, el proyecto patrocinado (NO el patrocinador fiscal) debe responder a estas preguntas informativas.*

**Breve descripción de la organización o del proyecto patrocinado fiscalmente.** Por favor, proporcione una descripción de 2-3 oraciones sobre su organización, incluyendo a quiénes atiende y dónde trabaja. Si se le selecciona para el financiamiento, el personal de la GHF se basará en esta descripción para compartirla en los anuncios públicos. *(Límite de 300 caracteres)*

**¿Cuál es la misión y los objetivos a largo plazo de su organización o proyecto patrocinado fiscalmente?** *(1,500 caracteres)*

**¿Dónde trabaja?** Defina brevemente la zona a la que atiende y los lugares en los que repercute su trabajo. *(1,000 caracteres)*

# GROUP HEALTH FOUNDATION

**Describa a las personas, las comunidades o representados de los cuales la organización es responsable.** ¿Cuáles son las esperanzas, aspiraciones y necesidades de la comunidad? (2,500 caracteres)

**¿Cómo le está yendo? Pensando en los acontecimientos del último año y en el contexto actual en el que nos encontramos, ¿hay alguna actualización que quiera compartir sobre su organización, sus representados y su comunidad?** (2,500 caracteres)

**Proporcione una visión general de los programas y actividades de su organización o proyecto patrocinado fiscalmente y cómo se relacionan con sus objetivos a largo plazo.** (3,000 caracteres)

**En su comunidad, ¿Qué sistemas deben cambiar para que las personas a las que atiende puedan prosperar en su comunidad?** ¿Qué papel juega su organización para lograr conseguir esos cambios? (3,000 caracteres)

**¿Cómo cree que podría utilizar una subvención de tres años de apoyo básico? ¿Cómo le ayudaría a alcanzar sus objetivos?** (1,000 caracteres)

**OPCIONAL: ¿Tiene alguna sociedad especialmente estrecha o profunda que sea fundamental para el trabajo y el éxito de su organización? Si es así, ¿con quiénes son esas sociedades y qué esfuerzos comparten?** Si no corresponde, puede dejar esta pregunta en blanco. (2,500 caracteres)

**OPCIONAL: ¿Qué le gustaría que más gente supiera sobre la(s) comunidad(es) a la que atiende? ¿Hay alguna historia o conjunto de experiencias que considere importante compartir?** Si no corresponde, puede dejar esta pregunta en blanco. (2,500 caracteres)

**OPCIONAL: ¿Qué otros tipos de apoyo, además del financiamiento, podrían ayudarle a usted y a su organización a alcanzar sus objetivos a largo plazo? ¿Por qué?** Si no corresponde, puede dejar esta pregunta en blanco. (1,000 caracteres)

# GROUP HEALTH FOUNDATION

## Información financiera

La Fundación solicita información financiera básica que nos ayude a comprender mejor a las organizaciones y lugares de Washington a medida que pase el tiempo. La información más sencilla suele ser la más útil.

Proyectos patrocinados fiscalmente: Proporcione la siguiente información financiera exclusivamente para el proyecto (ingresos totales previstos, gastos totales previstos).

**Ejercicio fiscal** (Utilice el formato MES/DÍA - por ejemplo, "01/01-12/31"):

**Ingresos** (Total de ingresos previstos para este ejercicio fiscal):

\$

**Gastos** (Total de gastos previstos para este ejercicio fiscal):

\$

**Activos** (Total de activos previstos al final de este año fiscal):

\$

**Ingresos - el próximo año.** En el próximo ejercicio fiscal, ¿espera que sus ingresos aumenten, disminuyan o se mantengan más o menos igual que el año en curso? ¿Por qué lo cree? (500 caracteres)

**Gastos - el próximo año.** En el próximo ejercicio, ¿espera que sus gastos aumenten, disminuyan o se mantengan más o menos igual? ¿Por qué? (500 caracteres)

**Activos - el próximo año.** Al final del próximo año, ¿espera que su patrimonio total sea mayor, menor o aproximadamente igual que el previsto para el final de este año? ¿Por qué lo cree? (500 caracteres)

## Información sobre la organización

**¿Cómo describiría el área donde se desarrolla principalmente su trabajo?** (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Ciudad grande
--------------------------	---------------

# GROUP HEALTH FOUNDATION

	Ciudad mediana
	Suburbano
	Ciudad pequeña
	Rural
	Área no incorporada
	Otro (por favor, describa: )

**Cómo describirías el área donde su trabajo sucede principalmente?** (marque todo lo que corresponda)

	Local
	En todo el condado
	Regional (a través de varias ciudades y condados)
	<b>En todo el estado</b>
	En varios estados
	Nacional o federal
	Internacional
	Otro (por favor, describa: )

**En qué condados trabaja?** (marque todas las que correspondan)

	Condado de Adams		Condado de Mason
	Condado de Asotin		Condado de Okanogan
	Condado de Benton		Condado de Pacific
	Condado de Chelan		Condado de Pend Oreille
	Condado de Clallam		Condado de Pierce
	Condado de Clark		Condado de San Juan
	Condado de Columbia		Condado de Skagit
	Condado de Cowlitz		Condado de Skamania
	Condado de Douglas		Condado de Snohomish
	Condado de Ferry		Condado de Spokane
	Condado de Franklin		Condado de Stevens
	Condado de Garfield		Condado de Thurston
	Condado de Grant		Condado de Wahkiakum
	Condado de Grays Harbor		Condado de Walla Walla
	Condado de Island		Condado de Whatcom
	Condado de Jefferson		Condado de Whitman
	Condado de King		Condado de Yakima
	Condado de Kitsap		Comunidades vecinas en Alaska
	Condado de Kittitas		Comunidades vecinas en la Columbia Británica
	Condado de Klickitat		Comunidades vecinas en Idaho
	Condado de Lewis		Comunidades vecinas en Oregón

# GROUP HEALTH FOUNDATION

	Condado de Lincoln	
--	--------------------	--

**En qué condado de Washington trabaja más su organización?**

**Si trabaja fuera de Washington, ¿en qué estados realiza ese trabajo?**

**Enumere el personal de alto nivel**, con sus títulos o puestos, de la organización o del proyecto patrocinado fiscalmente que recibe la subvención. Si no tiene personal por favor explique.

**Lista de los miembros de la junta directiva**, con afiliaciones profesionales de la organización que recibe la subvención. *En el caso de los proyectos patrocinados fiscalmente proporcione una lista de los miembros de la junta directiva del patrocinador fiscal y también una lista de los miembros del comité directivo o de la junta consultiva del proyecto patrocinado fiscalmente. Si no tiene un comité directivo o junta consultiva, por favor explique.*

**¿Cuál de estos términos describe mejor su organización? Estos términos se definen en los lineamientos de solicitud.**

<input type="checkbox"/>	Organización interracial
<input type="checkbox"/>	Organización culturalmente específica
<input type="checkbox"/>	Organización históricamente dirigida por blancos
<input type="checkbox"/>	Organización multirracial/multicultural
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor, describa: )

**¿Su organización se identifica como alguna de las siguientes?** (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Indígena
<input type="checkbox"/>	Nación tribal/ Tribu india
<input type="checkbox"/>	Colaboración de varias organizaciones
<input type="checkbox"/>	Organización de "padres de" o "amigos de"
<input type="checkbox"/>	Organización religiosa
<input type="checkbox"/>	Dirigida por personas discapacitadas

**Indique el número de líderes de su organización que tienen las siguientes identidades y experiencias vividas.**

C	<b>Director Ejecutivo/Director</b>	<b>Personal de nivel superior</b>	<b>Junta Directiva</b>
---	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------

# GROUP HEALTH FOUNDATION

	General/Personal de mayor rango		
<b>Total</b>			
Número total del líderes			
<b>Raza y etnia</b>			
Africana			
Indio Americano / Nativo de Alaska			
Árabe/Medio Oriente / Norte de África			
Asiático / Asia Oriental (China, Japón, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Taiwán)			
Asiático / Sudeste Asiático (Brunei, Camboya, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Filipinas, Singapur, Tailandia, Timor-Leste, Vietnam)			
Asiático / Sudasiático (Bangladesh, Bután, India, Nepal, Pakistán, Sri Lanka)			
Negro / afroamericano			
Indígenas de América Central y del Sur			
Latinx / Latina / Latino / Hispano			
Mestizo / multirracial			
Nativo de Hawái/Islas del Pacífico			
Ruso / Esloveno			
Blanco			
Prefiere autodescribirse (por favor, descríballo en la siguiente pregunta)			
<b>Capacidad y discapacidad</b>			
Discapacitados/personas con discapacidad			
No discapacitados/personas sin discapacidad			
Prefiere autodescribirse (por favor, descríballo en la siguiente pregunta)			
<b>Género</b>			
Sin género			
Intersexual			
Hombres			
No binario			
Tercer género (incluyendo géneros culturalmente específicos)			
Transgénero			
Mujeres			
Prefiere autodescribirse (por favor, descríballo en la siguiente pregunta)			

# GROUP HEALTH FOUNDATION

Sexualidad			
Asexual			
Lesbiana, gay, bisexual, queer			
Heterosexual			
Prefiere autodescribirse (por favor, descríballo en la siguiente pregunta)			
Edades			
Adultos mayores			
Adultos			
Jóvenes			
Experiencias vividas actuales o anteriores			
Cuidador			
Desplazado (clima, aburguesamiento, otra experiencia)			
Sin hogar			
Encarcelado/criminalizado			
Inmigrante			
Acogida en familias de acogida			
Bajos ingresos /experiencia de pobreza			
Veterano militar - excombatiente			
Persona de fe			
Refugiado			
Sobreviviente (abuso, negligencia, agresión)			
Prefiere autodescribirse (por favor, descríballo en la siguiente pregunta)			

**¿Hay alguna información adicional que le gustaría compartir sobre las identidades y experiencias de sus líderes?**

## Anexos

**Última declaración de impuestos.** Proporcione una copia de su declaración de impuestos anual más reciente para la organización que recibirá la subvención. Si no puede hacerlo, explique a continuación.

*En el caso de los proyectos patrocinados fiscalmente, esta información debe corresponder a la organización patrocinadora.*

**En el caso de los proyectos patrocinados fiscalmente,** adjunte una copia de su acuerdo de patrocinio fiscal para que podamos comprender mejor la manera en la que la organización sede y el



# GROUP HEALTH FOUNDATION

proyecto patrocinado comparten las responsabilidades de supervisión legal y financiera del programa.