

**Solicitud de Propuestas para Patrocinio de Eventos**

Para solicitar patrocinio de parte de Group Health Foundation para un evento, favor de proveer la información que sigue, y adjuntar todos los documentos indicados. Puede proveer esta información usando este formulario o mandando una propuesta breve en forma de carta que incluya toda esta información. Estamos comprometidos a aprender sobre la gente, los lugares, y los lideres del estado de Washington. Le agradecemos que nos ayude en eso al compartir con nosotros esta información sobre su trabajo y su evento. ¡Gracias!

**Información básica sobre la organización**

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

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

**Nombre del patrocinador fiscal de este proyecto (si está patrocinado fiscalmente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de identificación del empleador:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de organización** (seleccione uno): |  | 501(c)(3) |  |
|  |  | 501(c)(4) |  |
|  |  | Otro |  |

**Sitio web principal para la organización o proyecto:**

|  |
| --- |
|  |

**Información de contacto**

*Solicitamos el nombre y la información de un contacto principal, a quien enviaremos toda la información del seguimiento correspondiente. Por favor, denos 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 |  |
| 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 |  |

**Solicitud de Patrocinio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fondos solicitados:** | $ |  |  |
|  |  |  |  |
| **Presupuesto total para el evento:** | $ |  |  |

**Tipo de evento** (seleccione todos que apliquen):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Evento cultural y/o comunitario | |
|  |  | Reunión | |
|  |  | Conferencia | |
|  |  | Evento de recaudar fondos | |
|  |  | Otro |  |

**Detalles del evento:**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha |  |
| Ubicación |  |
| Hora |  |
| Sitio web (si hay) |  |

**Misión de la organización**

*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.*

**¿Dónde trabaja?** Brevemente describa el área que sirve. *(Límite de 500 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**¿Cuáles son las metas a largo plazo de su grupo u organización?** Describa lo que sueña para las personas, lugares, y comunidades en las que trabaja. *(Límite de 500 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**Proporcione una visión general de lo que hace su organización y cómo su trabajo se conecta a sus objetivos a largo plazo.** *(Límite de 1500 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**Patrocinio**

**Brevemente describa el evento por el cual está solicitando una contribución, incluyendo información sobre cómo el evento adelanta la misión que describió anteriormente.** Estamos especialmente interesados en cómo su evento va a incorporar y demostrar un compromiso a levantar las voces de individuos, familias, y comunidades más afectadas por desigualdades de salud. *(Límite de 1000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**¿Cómo va a utilizar el apoyo de Group Health Foundation?** Si su evento tiene niveles específicos de patrocinio, y su solicitud está basado en eso, denos los detalles de ese nivel. *(Límite de 500 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**Describa que tiene planificado para asegurar que su evento sea acogedor, accesible, y disponible para personas con diferentes medios financieros, habilidades, y necesidades.** *(Límite de 1000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**Opcional**

**Si está pidiendo apoyo adicional de la Fundación, más allá de patrocinio (por ejemplo, que nuestro personal participe en el evento o hable en una convocación), favor de describirlo aquí.** Si no, puede dejar esta sección en blanco (¡No nos va a herir los sentimientos!). *(Límite de 500 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**Información financiera**

*Esta información financiera básica nos ayuda a comprender mejor a las organizaciones de Washington.*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Año fiscal** (Utilice el formato MES/DÍA - por ejemplo, "01/01-12/31"): | |  |  |  |
|  |  | | |  |
| **Ingresos** (Total de ingresos previstos para este año fiscal): | | $ |  |  |
|  |  | | |  |
| **Gastos** (Total de gastos previstos para este año fiscal): | | $ |  |  |
|  |  | | |  |
| **Activos** (Total de activos previstos al final de este año fiscal): | | $ |  |  |

**Anexos**

*Como una organización de donaciones, pedimos la siguiente información junto con su solicitud. Puede usar esta lista, debajo, para preparar sus anexos. Proyectos y eventos con patrocinio fiscal: por favor note que Group Health Foundation requiere esta información tanto de parte del grupo o evento recibiendo nuestro patrocinio como también de parte del patrocinador fiscal.*

**Todas organizaciones buscando nuestro apoyo deben proveer lo siguiente:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Formulario de Group Health Foundation de solicitud para patrocinio de evento |
|  |  | Encuesta de Group Health Foundation de Aprendizaje Comunitario |
|  |  | Lista de miembros de la junta directiva, con afiliaciones profesionales |
|  |  | Lista de personal de alto nivel |

***Para enviar***

*Adjunte su solicitud junto con toda la información indicada a un solo correo electrónico, dirigido a* [*sponsorships@grouphealthfoundation.org*](mailto:sponsorships@grouphealthfoundation.org)*. Solicitudes incompletas pueden causar retrasos, así que por favor sea atento para proveer todo lo indicado. ¡Gracias!*



**Encuesta de Aprendizaje Comunitario**

A través de nuestras subvenciones, Group Health Foundation busca aprender lo más posible sobre las personas, lideres, organizaciones, y comunidades del estado de Washington. Con ese propósito en mente, le pedimos a todos los beneficiarios de nuestro programa que nos brinden esta información, que nos ayudará a medir nuestro progreso en nuestra propria meta de ayudar a organizaciones que se dedican al liderazgo de sus propias comunidades. Valoramos mucho la autorreflexión honesta, y le invitamos a contarnos sobre con quien trabaja y cómo eleva las diferentes identidades que afectan su salud y bienestar. ¡Gracias de antemano!

**Identidad de la organización**

**¿Cuáles de los siguientes términos describen mejor a su organización y su liderazgo?** Puede seleccionar mas de una opción.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Organización interracial |  | Organización de “padres de” o “amigos de” | |
|  | Organización culturalmente especifica |  | Dirigida por personas LGBTQ+ | |
|  | Dirigida por personas discapacitadas |  | Dirigida por jóvenes | |
|  |  |  | Prefiero no responder | |
|  | Dirigida por persones mayores de edad |  |  | |
|  | Históricamente dirigida por personas blanco/as |  | Otra (favor de describir) |  |
|  | Dirigida por inmigrantes y refugiados |  |  | |
|  | Dirigida por personas indígenas y/o tribus |  |  | |
|  | Colaboración de varias organizaciones |  |  | |

¿Quiere agregar algo más que debemos entender? (Límite de 250 caracteres)

|  |
| --- |
|  |

**Poblaciones y personas de enfoque**

**Tome un momento para contarnos más sobre las comunidades con las cuales trabaja su organización.** La Fundación está particularmente interesada en identidades y experiencias que afectan la salud y bienestar a largo plazo de los individuos, familias, y comunidades. Las siguientes preguntas listan diferentes identidades y comunidades que pueden ser parte del enfoque del trabajo de su organización. Si lo son, use el espacio para contarnos en más detalle sobre esas comunidades. (Límite de 250 caracteres para cada respuesta)

Por favor describa la raza y etnicidad de las personas en que se enfoca su organización.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca en personas indígenas, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca con personas discapacitadas, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca en el género, identidad de género, u orientación sexual, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca en una generación especifica o demográfica basada en edad (por ejemplo, mayores de edad, o jóvenes), cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca en personas, familias, y comunidades con experiencia de pobreza, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si su trabajo se enfoca en inmigrantes o refugiados, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si trabaja con personas directamente impactados por las cortes, personas encarceladas y/o criminalizadas, o saliendo de eso, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

Si es una organización religiosa, cuéntenos sobre ellos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | No se aplica |  | Prefiero no responder |

|  |
| --- |
|  |

*(a continuación el a próxima página)*

**Identidad de lideres**

**Por favor comparta con nosotros información sobre como se identifican los lideres de su organización.** Hemos listado unas identidades demográficas que son comunes en el estado de Washington para que usted los use para contarnos sobre como se identifican sus empleados y la junta directoria. Le invitamos a que nos comparta otras identidades de sus equipos en la sección narrativa. Empiece por indicar el numero de personal de nivel superior en la columna izquierda, y el numero de miembros de la junta directiva en la columna derecha. Luego use cada columna para indicar cuantos miembros de cada grupo se identifican con cada identidad demográfica. *En el caso de los proyectos patrocinados fiscalmente, incluya la información sobre su organización, no sobre el patrocinador fiscal.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Total de personal de nivel superior** |  | **Total de miembros de la junta directiva** |
|  | *¿Cuántos se identifican como…* |  | *¿Cuántos se identifican como…* |
|  | Indio Americano / Nativo de Alaska |  | Indio Americano / Nativo de Alaska |
|  | Asiático / Asiático-Americano |  | Asiático / Asiático-Americano |
|  | Negro / afroamericano |  | Negro / afroamericano |
|  | Latinx / Latin@ / Hispan@ |  | Latinx / Latin@ / Hispan@ |
|  | Nativo de Hawái / de Islas del Pacifico |  | Nativo de Hawái / de Islas del Pacifico |
|  | Blanco |  | Blanco |
|  |  |  |  |
|  | Africano |  | Africano |
|  | Indígenas de América Central y de Suramérica |  | Indígenas de América Central y de Suramérica |
|  | Árabe / del Medio Oriente / Norte de África |  | Árabe / del Medio Oriente / Norte de África |
|  | Ruso / Eslavo |  | Ruso / Eslavo |
|  |  |  |  |
|  | Inmigrante |  | Inmigrante |
|  |  |  |  |
|  | Veterano militar |  | Veterano militar |
|  |  |  |  |
|  | Encarcelado/criminalizado |  | Encarcelado/criminalizado |
|  |  |  |  |
|  | Sin discapacitades |  | Sin discapacitades |
|  | Persona con discapacitades |  | Persona con discapacitades |
|  |  |  |  |
|  | Hombre |  | Hombre |
|  | No binario |  | No binario |
|  | Transgénero |  | Transgénero |
|  | Mujer |  | Mujer |
|  |  |  |  |
|  | Lesbiana, gay, bisexual, queer |  | Lesbiana, gay, bisexual, queer |
|  | Heterosexual |  | Heterosexual |

**Opcional**

¿Hay otras identidades que son importantes para su liderazgo y para mejor reflejar las comunidades que sirven? Si sí, favor de describir. Si no, puede dejare esto en blanco. (*Límite de 250 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |