

**LA ASISTENCIA FINANCIERA NO REEMBOLSABLE
PARA PROYECTOS COMUNITARIOS DE SEGURIDAD HUMANA 2017**

1) DATOS DE SOLICITANTE

1	Nombre de la Organización Solicitante																																																		
2	Dirección																																																		
3	Número de Teléfono	Oficina :	Celular:																																																
4	Correo Electronico																																																		
5	Representante Legal de Organización	Nombre: Cargo:	Número de Telefono:																																																
6	Persona Responsable del Proyecto	Nombre: Cargo:	Número de Telefono:																																																
7	Fecha de Fundación																																																		
8	Número de Empleados	personas (Detalles:)																																																	
9	Objetivo de la Fundación																																																		
10	Actividades Principales																																																		
11	Estado de Finanzas (de los años 2015 y 2016)	Año 2015 <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Ingreso</th> <th colspan="2">Egreso</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Servicios Personales</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Servicios no Personales</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Materiales y Suministros</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td></td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>Q</td> <td>Total</td> <td>Q</td> </tr> </table> Año 2016 <table border="1"> <tr> <th colspan="2">Ingreso</th> <th colspan="2">Egreso</th> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Servicios Personales</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Servicios no Personales</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td>Materiales y Suministros</td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Q</td> <td></td> <td>Q</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>Q</td> <td>Total</td> <td>Q</td> </tr> </table>		Ingreso		Egreso			Q	Servicios Personales	Q		Q	Servicios no Personales	Q		Q	Materiales y Suministros	Q		Q		Q	Total	Q	Total	Q	Ingreso		Egreso			Q	Servicios Personales	Q		Q	Servicios no Personales	Q		Q	Materiales y Suministros	Q		Q		Q	Total	Q	Total	Q
Ingreso		Egreso																																																	
	Q	Servicios Personales	Q																																																
	Q	Servicios no Personales	Q																																																
	Q	Materiales y Suministros	Q																																																
	Q		Q																																																
Total	Q	Total	Q																																																
Ingreso		Egreso																																																	
	Q	Servicios Personales	Q																																																
	Q	Servicios no Personales	Q																																																
	Q	Materiales y Suministros	Q																																																
	Q		Q																																																
Total	Q	Total	Q																																																
12	Ha recibido su organización nuestra asistencia? Si es el caso, favor de describir detalles del contenido y la fecha.	Nombre de proyecto: Fecha: Cantidad de donación: Localidad del Proyecto: Contenido del Proyecto:																																																	
13	Ha recibido algunas asistencia financiera y/o técnica de gobiernos extranjeros, organizaciones internacionales u ONGs? Si es el caso, favor de describir detalles.	Nombre de proyecto: Fecha: Cantidad de donación: Localidad del Proyecto: Contenido del Proyecto:																																																	
14	Otras																																																		

***Si existe algún documento o folleto que describe su organización, por favor adjuntelo a este formulario.

2) DETALLE DE PROYECTO

1	Título del Proyecto		
2	Localidad del Proyecto (Incluyendo la distancia desde un lugar cercana conocida, y numero de habitantes etc.)		
3	Objetivo del Proyecto		
4	Resumen del Proyecto		
5	Número de beneficiarios, efectos esperados del Proyecto, etc.		
6	Duración del Proyecto	Desde	Hasta
7	Costo del Proyecto (Quetzal o US\$)	Cantidad que se solicita a la Embajada del Japón	
		Aporte de solicitante	
		Otras fuentes de financiamiento	
		Costo Total del Proyecto	
8	Otras		

Persona responsable de solicitud: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Fecha: _____

