**Información Organizacional para su Perfil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la organización: |  | Seguro Social Patronal: |  |
| Director/a: |  | Teléfono: |  |
| Correo-electrónico: |  | Pueblo: |  |
| Página electrónica: |  | FaceBook Page: |  |

**Instrucciones: Lea cada una de las premisas y seleccione con una marca de cotejo (🗸).**

**I. Descripción de la Organización**

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios a Evaluar** | **Respuesta** |
| 1. Indique si está afiliado a alguna de estas fundaciones:
 |  | Fundación Ángel Ramos  |  | Fundación Comunitaria  |
|  | Fundación Banco Popular |  | Fondos Unidos de PR |
| 1. Ingresos de la Organización
 |  | Menos de $1 millón  |  | Más de $1 millón |
| 1. Indique el tiempo que lleva operando la organización:
 |  | menos de un año |  | 1-2 años |  | 3-4 años |  | 5 años+ |
| 1. Marque las razones por las cuales surge la necesidad de crear la organización:
 |  | Evaluación de estadísticas que indicaban la necesidad de desarrollo de una organización que atendiera esa necesidad |
|  | Experiencia familiar |
|  | Iniciativa de alguna Iglesia |
|  | Política Pública |
|  | Solicitud de la comunidad |
|  | Otros: (especifique en el área de observaciones)  |
| 1. Tipos de servicios que ofrece la organización:
 |  | Educativos |  | Apoyo psicológico |  | Cuido |  | Ayuda social |
|  | Rehabilitación |  | Apoyo técnico  |  | Recreativos/deportivos |
|  | Salud |  | Otros (especifique)  |  |
| 1. Población que sirve:
 |  | Niños/as |  | Jóvenes |  | Viejos/as |  | Hombres |
|  | Mujeres |  | Animales |  | Comunidades |
| 1. Personas atendidas:
 | Número de personas atendidas anualmente: |  |
| 1. Número de empleados:
 | A tiempo completo: |  | A tiempo parcial: |  | Voluntarios: |  |
| 1. Cumple con los requisitos del Departamento del Estado:
 |  | Sí |  | No | Número de certificado de incorporación |  |
| Año de incorporación: |  |  |
| 1. Indique si tiene exención contributiva:
 |  | Estatal |  | Federal |

**II. Información Financiera Básica**

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios a Evaluar** | **Respuesta** |
| 1. Marque si su organización cumple con los siguientes requerimientos:
 |  | Estados financieros auditados o revisados |
|  | Conciliación de estados bancarios mensuales |
| 1. Sistema de contabilidad que utiliza:
 |  | Peachtree |  |
|  | Quickbooks |  |
|  | Excel |  |
|  | Otro indique: |  |
| 1. Indique todas las fuentes de fondos y qué por ciento aproximado representan del total de sus ingresos:
 | Donativos legislativos |  | % |
| Donativos municipales |  | % |
| Donativos corporativos |  | % |
| Donativos individuales |  | % |
| Fondos federales |  | % |
| Fundaciones |  | % |
| Ventas |  | % |
| Otros\* |  | % |
| \*Favor de proveer una breve descripción de la naturaleza de estos fondos en información adicional. *El total de los porcientos tiene que ser 100% y en números enteros.* |
| 1. Marque si su organización cumple con los requisitos fiscales y contributivos según lo dispuesto por las leyes estatales y federales:
 |  | Planilla de contribución retenida (Departamento de Hacienda) |
|  | Planilla de Seguro Social y Medicare (941PR, 940 IRS) |
|  | Informe anual de corporaciones sin fines de lucro (Depto. Estado) |
|  | Planilla Informativa de Organizaciones Exentas de Contribución Sobre Ingresos (Forma 480.7OE) |
|  | Fondo del Seguro del Estado |
| 1. Indique la persona que trabaja las finanzas o maneja la contabilidad de la organización:
 |  | Administrador a tiempo completo |
|  | Administrador a tiempo parcial |
|  | Contable |
|  | CPA |
|  | Secretaria |
|  | Otros: (especifique en el área de observaciones) |

**\*Esta información es utilizada para propósitos estadísticos en general que evaluarán la variedad de donativos recibidos por las organizaciones. Cabe mencionar que nuestro interés en respecto a esta información es ampliar los temas de capacitación para lograr nuestra Visión, la sostenibilidad económica de las organizaciones sin fines de lucro para mejorar nuestra calidad de vida.**

**Solicitud de Servicios**

**Información Básica**

1. Mencione la misión de la organización:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Programas que opera la organización:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Mencione la relación con Asesores Financieros comunitarios:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Indique el presupuesto de la organización:

|  |
| --- |
|  |