



# PROGRAMA DE APOYO COMUNITARIO DEL ACTA CARES APLICACIÓN

Nombre de la Organización: \_\_\_\_\_

No. de Identificación Federal Exento de Impuestos Registrado: \_\_\_\_\_

Nombre del Director Ejecutivo/CEO: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Título de la Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono: \_\_\_\_\_ No. de FAX: \_\_\_\_\_

Afiliado a una organización "matriz"?  Sí  No

En caso afirmativo, nombre de la organización principal: \_\_\_\_\_

¿Método de contacto preferido?

Teléfono de Negocios  Teléfono celular  Correo electrónico

Proporcione si no aparece en la lista anterior: \_\_\_\_\_

Número de empleados:

Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Tiempo Parcial \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE SUBVENCIÓN

**Asistencia de Despensa de Comida:**

Especifique la cantidad solicitada (hasta \$8,000):

\$ \_\_\_\_\_

**Asistencia sin Fines de Lucro:**

Especifique la cantidad solicitada (desde \$1,500-\$24,000):

\$ \_\_\_\_\_

¿Oficina Central en la Ciudad de Riverside?

Sí  No

¿Menos de 50 empleados?

Sí  No

¿Presupuesto Operativo Menos de \$750,000?

Sí  No

Recibido Menos de \$100,000 del Programa de Protección de Cheques de Pago (PPP), Administración de Pequeñas Empresas (SBA) o Préstamo para Desastres Económicos por Lesiones (EIDL)  Sí  No

Envíe esta solicitud completa con lo siguiente:

501(c)(3) o 501(c)(6) actual Carta de Determinación Definitiva del IRS

Una copia del presupuesto operativo de la Organización (calendario actual o año fiscal)

Incluya los fondos de una Subvención de Bloque de Desarrollo Comunitario, el Programa de Subvenciones de Artes de la Ciudad, los Patrocinadores o las contribuciones en especie

Plan de Reapertura Segura de la Organización según las Directrices del Condado de Riverside

Nombre del Servicio/Programa (si corresponde): \_\_\_\_\_

Propósito: \_\_\_\_\_

Fecha(s): \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

¿Se llevará a cabo el servicio/programa en la Ciudad de Riverside?  Sí  No

Si no, especifique el motivo: \_\_\_\_\_

**Describa el uso previsto de la financiación de subvenciones (Marque todo lo que aplica y describa):**

- Contrato de Trabajo \_\_\_\_\_
- Pagos de Proveedores \_\_\_\_\_
- Pagos de Alquiler \_\_\_\_\_
- Pagos de Arrendamiento \_\_\_\_\_
- Tecnología \_\_\_\_\_
- PPE, Suministros y Equipos de Saneamiento \_\_\_\_\_
- Pagos de Utilidades \_\_\_\_\_
- Equipo \_\_\_\_\_

**Describa cómo COVID-19 ha afectado a su organización y/o a la comunidad a la que sirve:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha límite para enviar aplicación:  
**28 de septiembre**

**Para enviar la aplicación o para preguntas, contacte**  
SpecialEvents@RiversideCA.gov • (951) 826-2077  
RiversideCA.gov/cares