



SOLICITUD DE MEMBRESIA – 2010-2011

NUEVA

RENOVACIÓN

Información de Contacto

Organización:		Seguro Social Patronal:	
Dirección Física de la Organización:		Dirección Postal:	
Teléfono de la organización:	Fax:	Correo Electrónico:	
Nombre del Director(a) Ejecutivo(a):	Celular:	Correo Electrónico:	
Nombre del Representante Autorizado:	Firma	Fecha:	

Datos de la Organización

Certificaciones de la Organización (i.e. CDFI, CHDO, etc.)	Fecha de otorgamiento
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Tipo de Organización (marque las que apliquen): 1. Organizaciones Sin Fines de Lucro: <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Desarrollo Arte <input type="checkbox"/> Desarrollo Comunitario <input type="checkbox"/> Desarrollo de Vivienda <input type="checkbox"/> Atención a personas sin hogar <input type="checkbox"/> Desarrollo Económico <input type="checkbox"/> Educativa <input type="checkbox"/> Atención a personas de edad avanzada <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Asuntos de la Mujer <input type="checkbox"/> Museo <input type="checkbox"/> Asuntos de los Niños <input type="checkbox"/> Base de Fé <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Otro _____	2. Otras: <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Agencia o Entidad Gubernamental _____ <input type="checkbox"/> Municipio _____ <input type="checkbox"/> Institución Financiera _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____
---	--

Indique la clasificación principal de su organización:

Población que atiende su organización (marque todas las que apliquen):	
<input type="checkbox"/> Público General <input type="checkbox"/> Infantes (0-24 meses) <input type="checkbox"/> Niños (2-12 años) <input type="checkbox"/> Jóvenes (13-25 años) <input type="checkbox"/> Adultos (26-64 años) <input type="checkbox"/> Envejecientes (65 años o más) <input type="checkbox"/> Estudiantes - especifique nivel escolar <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Homosexual – Lésbica <input type="checkbox"/> Microempresarios <input type="checkbox"/> Maestros <input type="checkbox"/> Personas con impedimento <input type="checkbox"/> Atención a personas sin hogar <input type="checkbox"/> Atención a personas VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Otro _____
Si tiene un proyecto de vivienda en desarrollo o planificación para el nuevo año, favor de indicar lo siguiente: Nombre del Proyecto: _____ Localización (Pueblo): _____ Total de Unidades en el Proyecto de Renta: _____ Total de Unidades de Venta: _____ Presupuesto Total del Proyecto: \$ _____	
Región o Pueblo que impacta su organización 1. _____ 2. _____ 3. _____	Presupuesto Anual de la Organización: \$ _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Fecha de Recibido:	<input type="checkbox"/> Aceptado	# de Socio/Miembro: _____	<input type="checkbox"/> Denegado
Fecha de Evaluación:			
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Giro	Número:	Cantidad \$ _____	
Comentarios			
Nombre Presidente Comité de Matrícula		Firma	

Clasificación de Membresía

<input type="checkbox"/> Miembros (Marcar uno)	
<input type="checkbox"/> CHDO Certificado (Estado)	<input type="checkbox"/> CHDO Certificado (Municipio PJ)
<input type="checkbox"/> Socios (Marcar uno)	
<input type="checkbox"/> Empresa Privada	<input type="checkbox"/> Agencia o Entidad Gubernamental o Municipio
<input type="checkbox"/> Organización de Base de Fe o Comunitaria <i>(No Certificada como CHDO)</i>	<input type="checkbox"/> Institución Financiera (Banco, Cooperativa, etc.)