**Formulario de solicitud para el Programa de Asistencia Financiera No Reembolsable para Proyectos Comunitarios de Seguridad Humana del Gobierno del Japón correspondiente al año fiscal 2021（Programa APC / KUSANONE）**

|  |
| --- |
| 1. **Información general acerca de la entidad solicitante**
 |
| 1. Fecha de solicitud
 |  |
| 1. Nombre de la organización
 |
|  |
| (3) Dirección  |
|  |
| (4) Persona de contacto |
| Nombre:Cargo:Número de teléfono:E-mail: |
| (5) Persona autorizada para firmar el contrato de donación (una persona) |
| Nombre:Cargo:Teléfono de contacto:E-mail: |
| (6) Naturaleza de la entidad solicitante |
| 1. ONG nacional y local (b) ONG internacional (c) Gobierno local,

(d) Institución médica (e) Institución educativa (f) Institución relacionada con el Estado, (g) Organización Internacional (h) Otro  |
| (7) Año de fundación |  |
| (8) Personal  |
|  |
| (9) Principales actividades  |
|  |
| (10) Situación financiera  |
|   |
| (11) Cooperación recibida en el pasado |
|   |
| Año | Donante | Monto de la donación | Contacto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. **Acerca del proyecto**
 |
| 1. Título del proyecto
 |
|  |
| 1. Lugar del proyecto
 |
|  |
| 1. Información acerca del trasfondo del proyecto
 |
|   |
| 1. Objetivos del proyecto
 |
|  |
| 1. Resultados esperados del proyecto
 |
|   |
| 1. Costo estimado del proyecto

 【Presupuesto del Programa APC / KUSANONE】 |
| Item | Precio Unitario | Cantidad | Precio total | Nota |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |
| 【Presupuesto de la entidad solicitante, referido a este proyecto】 |
| Item | Precio Unitario  | Cantidad | Precio total | Nota |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |
| 1. Plan de implementación, operación y mantenimiento
 |
|  |
| 1. Duración del proyecto
 |
| Desde mes/año a mes/año ( meses) |
| Certifico que toda la información suministrada en este formulario, así como en los documentos anexos, es fiel y legítima, y que a mi saber y entender, se presentan conforme con los términos y condiciones arriba estipulados.  (día) (mes) (año) (Nombre de la persona responsable)  (Título) (Nombre de la organización)  (Firma)  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informe financiero de los últimos dos años** |  |  |
| Nombre de la organización que solicita la asistencia: |  |  |
| **Rubro** | **(Último año disponible)** | **(Penúltimo año disponible)** |
| Ingresos |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total (A)** |  |  |
| **Egresos** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total (B)** |  |  |
| **Balance (A) – (B)** |  |  |