**Carátula de solicitud para la actividad de participación comunitaria de 2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización** | **Nombre del proyecto**  |
|  |  |
| **Nombre del contacto principal** | **Título del contacto principal** |
|  |  |
| **Teléfono del contacto principal** | **Email del contacto principal** |
|  |  |
| **Dirección de la organización**  | **Ciudad/ estado/ código postal**  |
|  |  |
| **Sitio web de la organización**  | **Nro de identificación fiscal** |
|  |  |
| **Nombre del oficial de la agencia**  | **Título del oficial de la agencia** |
|  |  |
| **Cantidad total solicitada** | **Ciudad y poblaciones de interés** |
|  |  |
| **Breve descripción del proyecto propuesto***En unas pocas líneas, describa para qué se destinarán los fondos* |
| Los fondos se destinarán para … |
| **Firma del oficial de la agencia autorizada** | **Fecha** |
|  |  |

**Esquema del alcance del trabajo** (No más de una página)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** (¿qué actividades implementará para alcanzar su objetivo)Ejemplo: Desarrollar o utilizar una presentación existente de cigarrillos electrónicos y tabaco saborizado. | **Quién** (¿quién será el responsable de completar cada actividad?) Ejemplo: Coordinador del proyecto | **Plazo** (¿cuál es el plazo para completar cada actividad?)Ejemplo: marzo 2023 – junio 2023 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **¿Cómo medirá su éxito?** (1-2 oraciones) |
|   |

**Justificación presupuestaria** (No más de una página)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría** | **Descripción y cálculos** (breve descripción de los gastos) | **Cantidad solicitada**  |
| **A.Costo del personal/ remuneración** |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **Costo total del personal/ remuneración** |   |
|   |  |  |
| **B.Gastos operativos** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **Total de gastos operativos** |   |
|   |  |  |
| **C.Otros gastos** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **Total de otros gastos** |   |
|   |  |  |
| **Cantidad total solicitada** (costo total A+B+C) |  |

**Presupuesto de muestra** (no es necesario incluir en su solicitud)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría** | **Descripción y cálculos** (breve descripción de los gastos) | **Cantidad solicitada** |
| 1. **Costo del personal/ remuneración** (incluya título, breve descripción de responsabilidades y cálculo)
 |
| Coordinador del proyecto | Responsable de supervisar el subsidio, desarrollar o utilizar una presentación existente sobre prevención del tabaquismo, llevar a cabo la presentación y administrar la encuesta de evaluación. $40/hora x 100 horas de proyecto = $4.000 | $4,000 |
| Jóvenes voluntarios | Responsables de$500 remuneración x 5 voluntarios = $2,500 | $2,500 |
|   |   |   |
| **Costo total de personal/ remuneración** | $6,500 |
|   |  |  |
| 1. **Gastos operativos**
 |
| Cartulina para poster | $3.00 por poster x 10 posters | $30.00 |
| Aanotadores | $15.00 por caja | $15.00 |
| Gastos de impresión | $5.00 por resma de papel y $35.00 por tinta | $40.00 |
| Alquiler de oficina | $200 por alquiler para capacitación  | $200.00 |
|   |   |   |
| **Total de gastos operativos** | $485.00 |
|   |  |  |
| 1. **Otros gastos** (costo por cada item y cálculo (si corresponde))
 |
| Incentivos | $10 tarjetas de mercancía x 50 participantes | $500 |
| Materiales educativos  | Postales de prevención del tabaquismo  | $500 |
|   |   |   |
| **Total de otros gatos**  | $1,000.00 |
|   |  |  |
| **Cantidad solicitada total** (total de A+B+C) | $7,985 |

**Certificación de ausencia de conflicto de intereses con las industrias comerciales del tabaco, los cigarrillos electrónicos o el cannabis**

[Nombre del solicitante (Organización)]

El solicitante arriba mencionado certifica por la presente que no aceptará financiación ni tendrá una afiliación, relación contractual o participará en un programa de responsabilidad corporativa con una empresa comercial de tabaco, cigarrillos electrónicos o cannabis, cualquiera de sus filiales o cualquier empresa involucrada en la producción, distribución o comercialización de productos comerciales de tabaco y cigarrillos electrónicos, productos de cannabis e industrias relacionadas, durante la vigencia del acuerdo con el Programa de Comunidades Libres de Tabaco del Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara.

Los solicitantes deberán firmar y presentar el formulario de "Certificación de no aceptación de fondos procedentes del tabaco" como parte del contrato. La infracción de esta política durante la vigencia del contrato puede dar lugar a la rescisión del mismo.

Certificación

Yo, el funcionario nombrado a continuación, juro por la presente que estoy debidamente autorizado para obligar legalmente al solicitante a la certificación descrita anteriormente. Soy plenamente consciente de que esta certificación, ejecutada en la fecha abajo indicada, se realiza bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de California.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde y título