**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la organización |  |
| Nit |  |
| Nombre y CC del representante legal o líder delegado |  |
| Datos de contacto | Dirección:  Teléfono fijo:  Celular:  Correo electrónico: |
| Redes sociales de la organización |  |
| Clase de organización | Con personería jurídica: \_\_  Sin personería jurídica: \_\_­­­­ |
| Tipo de organización: | Organización comunal: \_\_\_  Organización social: \_\_\_  Organización comunitaria: \_\_\_  Organización étnica: \_\_\_ |
| Breve descripción de la organización (objeto y objetivos) |  |
| Lugar donde se va a desarrollar la iniciativa |  |
| Nombre de la iniciativa |  |
| Problemática a atender |  |
| Estrategia de intervención y los impactos esperados |  |
| Número de beneficiarios o beneficiarias directos de la iniciativa |  |
| Población directa a beneficiar: (seleccionar dentro de las siguientes opciones) | Víctimas:  Mujeres:  Personas con discapacidad:  LGBTI:  Grupos étnicos:  Niños niñas y adolescentes:  Personas mayores:  Personas Cuidadoras:  Otra: Cuál: |
| Cómo se va a fortalecer la organización con esta iniciativa |  |
| Hace parte de una instancia de participación: | Si: \_\_\_  No: \_\_\_  Cuál: \_\_\_\_ |
| Incluye enfoque diferencial étnico: (máximo 500 de caracteres) | Si: \_\_\_  No: \_\_\_  Cómo: \_\_\_\_ |
| Insumos que requiere para la iniciativa  Presupuesto detallado |  |
| Cómo se van a potenciar los recursos entregados por parte de la organización, explique brevemente.  (máximo 500 de caracteres) |  |
| Cronograma de implementación de la iniciativa |  |
| Cómo la iniciativa incluye acciones de prevención de contagio de COVID-19. |  |
| Firma del representante legal |  |