

**Solicitud estándar Application**

Agosto 2023

**Estoy solicitando para:** Solicitud estándar

**Tipo de fondo:** Seleccione uno

El propósito de la solicitud de fondos de The Colorado Health Foundation es comprender mejor su organización y el programa o proyecto propuesto. Consideramos la información incluida en esta solicitud como un "primer vistazo" a su programa o proyecto, y no esperamos que sea una descripción extensa de su organización y programas o proyecto. Según sea necesario, el personal de la Fundación se comunicará con usted con más preguntas después de revisar esta información inicial. Tenga en cuenta que su propuesta no se evaluará en función de la gramática, la estructura de las oraciones, el estilo de redacción o lo "bien escrita" que esté. Esta solicitud se puede utilizar para todo tipo de ayuda, incluyendo el apoyo operativo general.

Le recomendamos que consulte este [glosario](https://coloradohealth.org/sites/default/files/documents/2022-03/Glosario%20de%20solicitud%20de%20fondos.docx) cuando complete sus respuestas a algunas de las preguntas narrativas a continuación, en un esfuerzo por garantizar una comprensión clara de cómo la Fundación define los términos clave que se utilizan a continuación.

**Cómo estamos trabajando para lograr la equidad en salud**

Creemos que mantener la equidad en el centro de nuestro trabajo llevará a las personas en Colorado a tener mejor salud. Si bien hay innumerables determinantes de la salud, sabemos que la injusticia racial, alimentada por el racismo sistémico, es el principal impulsor de la inequidad en la salud para las comunidades de color que viven con bajos ingresos. Es por eso que damos prioridad a las personas de color de Colorado y abordamos las desigualdades más profundas e históricamente arraigadas que afectan la salud debido al estado socioeconómico, la discapacidad, la identidad de género, la orientación sexual, el país de origen y la religión de una persona.

La justicia racial, desmantelar y/o cambiar las condiciones que son intencionalmente y no intencionalmente racistas, es la vía clave en nuestro trabajo para lograr la equidad en salud. Es esencial que cada paso que demos genere oportunidades justas para las personas cuya salud está más lejos de su alcance. Es por eso que nuestro trabajo, y lo que esperamos del trabajo de nuestros colaboradores, se basa en tres pilares:

* Servir a las personas en Colorado que tienen menos poder, privilegios e ingresos, y dar prioridad a las personas de color en Colorado;
* Hacer todo con la intención de generar equidad en salud; y
* Ser informado por la comunidad y aquellos a los que existimos para servir.

Nuestra solicitud de fondos refleja estos tres pilares e incluye detalles claves que nos ayudan a comprender mejor cómo su organización está estratégicamente avanzando la equidad en la salud y la justicia racial.

**Información de la organización**

**Declaración de la misión actual**

(Para editar, favor de guardar su solicitud y vaya a ese campo mediante la pestaña ORGANIZACIONES del portal y seleccione ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN. Si no tiene acceso para editar esta sección, envíe un correo electrónico a grants@coloradohealth.org con su declaración de misión actualizada o una solicitud de derechos de edición como moderador para su organización).

**Proporcione un breve resumen de los programas y servicios que ofrece su organización para hacer realidad la misión.** *Límite de 1,000 caracteres*

Para las solicitudes de operación general, ingrese el presupuesto total de su organización en el campo Presupuesto total del proyecto. Si tiene un patrocinador fiscal, ingrese el Presupuesto total de la organización/proyecto patrocinado (y no la del patrocinador fiscal).

**Presupuesto total de la organización:** $

**¿Cuál es el conocimiento y el compromiso de su organización con la diversidad, la equidad, la inclusión y la justicia racial? ¿Cómo se reflejan estos valores en su trabajo en general? Favor de incluir qué trabajo relacionado con estos valores, si lo hay, está haciendo su organización internamente con su personal, liderazgo, junta directiva y en sus operaciones.** *Límite de 2,500 caracteres*

Como parte del compromiso de la Fundación con el aprendizaje y la evolución, nos esforzamos por comprender cómo nosotros y nuestros colaboradores estamos trabajando para promover la equidad dentro de nuestras propias instituciones y las comunidades a las que servimos. Una forma de hacerlo es solicitando datos demográficos claves de las organizaciones solicitando fondos y de las comunidades a las que prestan servicios. La información recopilada sirve como un punto de datos, entre muchos, en nuestros esfuerzos por comprender cómo nuestros colaboradores abordan el trabajo de promover la equidad. Si tiene preguntas sobre esta recopilación de datos, comuníquese con fuentedefondos@coloradohealth.org.

Entendemos que quizas no tenga los datos demográficos solicitados para algunas o todas las secciones de este formulario. Proporcione lo que pueda. Puede seleccionar "No se recopila" y dar una explicación según sea necesario. Si corresponde, al completar el (los) campo(s) de datos “multirracial” para su personal o participantes del programa, cuente cada individuo solo una vez para el dato “multirracial”. Si tiene y desea proporcionar información adicional sobre las identidades de las personas a las que se hace referencia en el formulario de datos demográficos, inclúyala en el espacio narrativo provisto.

**Información demográfica de la organización**

**Número de miembros de la junta directiva:** [#]

**Número de personal de liderazgo ejecutivo:** [#]

**Número del resto del personal:** [#]

*Por favor proporcione números (#) para la información que se solicita a continuación*

**Raza y etnia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Miembros de la Junta Directiva (#)** | **Personal de liderazgo ejecutivo (#)** | **El resto del personal (#)** |
| Árabe / Medio Oriente |  |  |  |
| Asiático(a) / Asiático Americano(a) / Isleño del Pacífico(a) |  |  |  |
| Negro(a) / Afroamericano(a), no Hispano(a) |  |  |  |
| Hispano(a) / Latino(a) |  |  |  |
| Indígena / Nativo Americano(a) |  |  |  |
| Multirracial |  |  |  |
| Otra raza o etnia |  |  |  |
| *Por favor describa* |  |  |  |
| Blanco(a), no Hispano(a) |  |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |  |
| No se recopila |  |  |  |

**Género**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Miembros de la Junta Directiva (#)** | **Personal de liderazgo ejecutivo (#)** | **El resto del personal (#)** |
| Hombre |  |  |  |
| Mujer |  |  |  |
| No binario / No conforme |  |  |  |
| Otra identidad de género |  |  |  |
| *Por favor describa* |  |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |  |
| No se recopila |  |  |  |

**Personas que se identifican como lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y / o queer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Miembros de la Junta Directiva (#)** | **Personal de liderazgo ejecutivo (#)** | **El resto del personal (#)** |
| Sí |  |  |  |
| No |  |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |  |
| No se recopila |  |  |  |

**Personas que se identifican como personas que viven con una discapacidad**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Miembros de la Junta Directiva (#)** | **Personal de liderazgo ejecutivo (#)** | **El resto del personal (#)** |
| Sí |  |  |  |
| No |  |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |  |
| No se recopila |  |  |  |

**¿Hay alguna otra información demográfica que recopila su organización sobre los Miembros de la Junta Directiva, el personal de liderazgo ejecutivo y el resto del personal, que le gustaría compartir? Si es así, anótelo aquí.** *Límite de 500 caracteres*

**Si seleccionó "No se recopila" para cualquiera de la información anterior, explique por qué no se recopila esta información.** *Límite de 500 caracteres*

**Información del proyecto**

**Título del Proyecto:**

**Resumen de la propuesta (descripción de su propuesta en una o dos oraciones)** *límite de 500 caracteres:*

**Tipo de apoyo:** Seleccione uno: Desarrollo de capacidad, Capital, Operaciones generales o Apoyo del proyecto

**Presupuesto total del proyecto:** $

**Cantidad total solicitada:** $

**Plazo de los fondos (meses):**

**Condados atendidos:** favor de hacer clic en el botón con el signo "+" para agregar todos los condados que atendera específicamente el trabajo propuesto, o seleccione "todo Colorado" en la lista, si asi corresponde.

**Grupo de edad atendido:** por favor seleccione el o los grupos de edad principales que su propuesta tiene como objetivo. Favor de seleccionar al menos una opción. Si no conoce el porcentaje de los grupos de edad objetivo, haga clic en la "X" para cerrar la ventana que aparece.

**Información demográfica de la comunidad atendida**

*Por favor proporcione porcentajes (%) para la información que se solicita a continuación.*

**Raza y etnia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Participantes en el proyecto que anticipa serán atendidos a través de esta propuesta (%)** | **De ser diferente, indique los participantes que en realidad serán atendidos por todos los programas de la organización (%)** |
| Árabe / Medio Oriente |  |  |
| Asiático(a) / Asiático Americano(a)/ Isleño del Pacífico(a) |  |  |
| Negro(a) / Afroamericano(a), no Hispano(a) |  |  |
| Hispano(a) / Latino(a) |  |  |
| Indígena / Nativo Americano(a) |  |  |
| Multirracial |  |  |
| Otra raza o etnia |  |  |
| *Por favor describa* |  |  |
| Blanco(a), no Hispano(a) |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |
| No se recopila |  |  |

**Género**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Participantes en el proyecto que anticipa serán atendidos a través de esta propuesta (%)** | **De ser diferente, indique los participantes que en realidad serán atendidos por todos los programas de la organización (%)** |
| Hombre |  |  |
| Mujer |  |  |
| No binario / No conforme |  |  |
| Otra identidad de género |  |  |
| *Por favor describa* |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |
| No se recopila |  |  |

**Personas que se identifican como lesbianas, gay, bisexuales, transgénero y / o queer**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Participantes en el proyecto que anticipa serán atendidos a través de esta propuesta (%)** | **De ser diferente, indique los participantes que en realidad serán atendidos por todos los programas de la organización (%)** |
| Sí |  |  |
| No |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |
| No se recopila |  |  |

**Personas que se identifican como personas que viven con una discapacidad**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Participantes en el proyecto que anticipa serán atendidos a través de esta propuesta (%)** | **De ser diferente, indique los participantes que en realidad serán atendidos por todos los programas de la organización (%)** |
| Sí |  |  |
| No |  |  |
| Prefiero no decirlo |  |  |
| No se recopila |  |  |

**¿Existe alguna otra información demográfica sobre las personas atendidas por su organización y programa o proyecto que le gustaría compartir? Si es así, anótelo aquí.** *Límite de 500 caracteres*

**Si seleccionó "No se recopila" para cualquiera de la información anterior, explique por qué no recopila estos datos.** *Límite de 500 caracteres*

**Pilares fundamentales**

Nuestros [tres pilares](https://coloradohealth.org/es/about-us/vision-mission) son la base del trabajo de The Colorado Health Foundation y que también esperamos ver reflejados en el trabajo de nuestros colaboradores.

* **A quién servimos:** Servimos a personas en Colorado que tienen menos poder, privilegios e ingresos, y damos prioridad a las personas de color en Colorado.
* **Equidad en salud:** Hacemos todo con la intención de crear equidad en salud.
* **Informados por la comunidad:** Somos informados por la comunidad y aquellos a quienes existimos para servir.

**Describa las personas o la comunidad a la que servirá en su proyecto. ¿Cómo abordará su programa o proyecto las inequidades en salud que experimentan las personas a las que atiende?** *Límite de 2,500 caracteres*

**Describa cómo su programa o proyecto fue moldeado por las personas y la comunidad a la que servirá. ¿Qué tipo de información se utilizó para ayudarlo a comprender el contexto, las necesidades o las perspectivas de estas personas (por ejemplo, opiniones de las personas y la comunidad a la que atenderá, evaluaciones de necesidades, datos del censo, conversaciones comunitarias, etc.)?** *Límite de 2,500 caracteres*

**Actividades propuestas** *límite de 5,000 caracteres*

* **Describa el proyecto o programa propuesto: qué hará y cómo lo hará. ¿Cómo decidió que este era el enfoque correcto para abordar las necesidades de las personas y la comunidad a las que servirá?**

**Metas Intermedias** *limite de 2,500 caracteres*

#### **Favor de proporcionar no más de cinco logros (ej. acontecimientos significativos) usted espera lograr cada año de su programa o proyecto.**

**Entendiendo su impacto** *límite de 5,000 caracteres*

* **¿A cuántas personas únicas espera servir o alcanzar con su programa o proyecto? (respuesta numérica, no narrativa)**
* **Describa cómo sabrá que su programa o proyecto ha contribuido a los resultados generales que desea ver. ¿Cómo sabrá que su programa o proyecto generara mayor equidad en la salud de las personas o la comunidad a la que servirá?**

**Información financiera** *límite de 2,500 caracteres*

* **Describa cómo utilizará los fondos solicitados proporcionando una breve descripción del presupuesto del proyecto o programa. Si solicita más de un año de ayuda, incluya la cantidad total solicitada por cada año.**
* **¿Cuáles son las otras fuentes principales de apoyo, financieras y no financieras, para este proyecto?**

**Documentos adjuntos solicitados**

**La siguiente información es solicitada:**

* **Estados financieros de los 12 meses más recientes, auditados si están disponibles dentro de ese periodo. Esto incluye un estado de ingresos y balance financiero.**

**Para propuestas que utilizan un patrocinador fiscal:**

* **Acuerdo de patrocinio fiscal: plantilla disponible** [**aquí**](https://coloradohealth.org/sites/default/files/documents/2023-05/Pol%C3%ADtica%20de%20Patrocinio%20Fiscal%20y%20Acuerdo%20de%20Patrocinio%20Fiscal.pdf)**, se aceptan otros formatos**
* **Finanzas del patrocinador fiscal (los estados financieros de los últimos 12 meses, auditados si están disponibles dentro de ese periodo. Esto incluye un estado de ingresos y balance financiero).**

Si no puede incluir los documentos de manera electrónica, favor de contactar el [departamento de operaciones de solicitudes de fondos](mailto:fuentedefondos@coloradohealth.org) para acordar una manera alterna de entrega.

**Díganos aproximadamente cuántas horas le tomó completar esta solicitud.**

**Número de horas:**

En The Colorado Health Foundation, estamos comprometidos a escuchar y aprender de las comunidades de Colorado, por lo que le invitamos a brindar comentarios anónimos a través de [GrantAdvisor](https://grantadvisor.org/profile.php?ein=74-2568941) sobre cómo ha sido su experiencia con nosotros como fundación y colaborador. Sus comentarios son fundamentales para ayudarnos a tomar decisiones informadas sobre cómo podemos mejorar nuestras prácticas.

