|  |  |
| --- | --- |
| Logotipo  Descripción generada automáticamente | **Boleta de solicitud de inscripción para organizaciones sociales.****Banco de Alimentos de Costa Rica.** |
| *No. Consecutivo:* |
| 1. DATOS GENERALES |
| Nombre de la organización: |
| Teléfono Institucional: | Celular Institucional: |
| Correo Institucional: |
| Número de Cedula Jurídica o permiso de habilitación: |
| Fecha de creación de la Organización: |
| Nombre del Representante Legal: |
| Nombre del Director de la Organización: |
| Dirección Sede Administrativa: | Provincia: | Cantón: |
| Dirección Sede Operativa: | Provincia: | Cantón: |
| La sede es: Propia ( ) Alquilada ( ) Donada ( ) |
| Carácter: Público ( ) Privado ( ) Mixta ( ) |
| Número de Sedes (En caso de presentar más de una sede por favor tramitar información en formato anexo de registro de sedes): |
| 2. CARACTERIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN |
| Tipo de Población: Familias ( ) Farmacodependencia y situación de calle ( ) Indígena ( ) Refugiados ( ) Variada ( ) Cuadros especiales ( ) Mujeres ( ) Adulta Mayo ( ) Infantil ( ) Otro: |
| Días de la Semana que presta servicio la Organización: | L | M | M | J | V | S | D | Horario:  |
| Entrega de alimentos: Desayuno ( ) Merienda ( ) Almuerzo ( ) Merienda ( ) Cena ( ) Diarios ( ) Otro: |
| Edad | No. MUJERES | No. HOMBRES |
| 0 a 5 |  |  |
| 6 – 12 |  |  |
| 13 – 17 |  |  |
| 18 – 64 |  |  |
| Mayores de 65 |  |  |
| POBLACIÓN TOTAL |  |  |
| *\*En caso de que realicen labor social con Familias indique el número de Población*  | No. FAMILIAS |  |
| 3. MODALIDAD DEL PROGRAMA |
| Hogar Comunitario |  | Centro de Rehabilitación |  |
| Centro de Atención Integral (Infantil) |  | Centro de Atención Integral para Personas con Discapacidad |  |
| Albergue / Hogar |  | Comedores |  |
| Centro Diurno PAM |  | Entrega de Diarios |  |
| Otro: |
| 4. INSTITUCIONES QUE LOS APOYAN. |
|  Universidades ( ) Municipalidad ( ) IMAS ( ) JPS ( ) PANI ( ) MEP ( ) IAFA ( ) ICD ( ) CONAPAM ( ) CONAPDIS ( ) Empresa privada ( ) Persona particular ( ) Otro: |
| 5. RECURSO HUMANO |
| ¿Con que recurso humano cuentan para la ejecución del Programa? Unipersonal ( ) Planilla ( ) Voluntariado ( ) |
| 5. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES.*Marque con una X el (los) Programa(s) Social(es) que actualmente está desarrollando en su Organización.* |
| Salud Integral, Condiciones Saludables |  | Medio Ambiente |  |
| Seguridad Alimentaria y Nutricional |  | Desarrollo Sostenible, Habitad y Ruralidad |  |
| Recreación y Deporte, Culturales, Lúdicos |  | Formación u Orientación Espiritual y Religiosa |  |
| Educación Formal e Informal |  | Asesoría Jurídica |  |
| Derechos Humanos |  | Asesoría Psicológica |  |
| Proyectos Productivos |  | Otro ¿Cuál? |
| Describa en que consiste su(s) programa(s) y objeto social(es) de la Organización:  |
| ¿Cómo identifican la Población?  |
|  Fecha de Solicitud: | Nombre de Contacto: |
| Correo: | Teléfono: |
| Gracias por apoyar al Banco de Alimentos de Costa Rica en la lucha por Costa Rica sin Hambre. |