|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | | | | | **TIPO DE SOLICTUD** | | | | | |
|  | | | | | Vinculación [ ] Reactivación [ ] | | | | | |
| **1. DATOS GENERALES** | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Organización: | | | | | | | | | | |
| Teléfono de la Organización: | | | | Celular de la Organización: | | | | | | |
| Correo de la Organización: | | | | | | | | | | |
| RUC / C.I.: | | | | Fecha de creación de la Organización: | | | | | | |
| Nombre completo Representante Legal | | | | Celular: | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | |
| Director / Coordinador (Si no es Representante Legal) | | | | Celular: | | | | | | |
| E-mail: | | | | | | |
| Dirección (croquis/calles principales/ referencia):  **Zona Rural** **Zonal Urbana**  Cantón: Parroquia:  Parroquia: Calles:  Sector: Barrio:  Lugar de residencia: Referencia: | | | | | | | | | | |
| La instalación es:  Propia [ ]  Arrendada [ ] Prestada [ ]  Tiempo de arriendo: | | La Organización es de carácter:  Público [ ] Privado [ ] Mixta [ ] | | | | | Zona:  Rural [ ] Urbana [ ] | | Horario atención a la población: | |
| Atención Población  Rural [ ] Urbana [ ] Parroquias [ ] | | | Prestación del servicio los días:  L [ ] M [ ] Mi [ ] J [ ] V [ ] S [ ] D [ ] | | | | | ¿Se identifican como católicos?  Si [ ] No [ ] | | |
| Sectores que cubre la organización: | | | | | | | | | | |
| Frecuencia de trabajo de la fundación (Detallar): | | | | | | | | | | |
| **2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN** | | | | | | | | | | |
| **ETAPA CICLO VITAL** | **MUJERES** | | | | | **HOMBRES** | | | | **TOTAL POBLACIÓN** |
| Gestantes |  | | | | |  | | | |  |
| Lactantes |  | | | | |  | | | |  |
| 0 - 5 meses |  | | | | |  | | | |  |
| 6 meses - 4 años |  | | | | |  | | | |  |
| 5 años - 12 años |  | | | | |  | | | |  |
| 13 años - 17 años |  | | | | |  | | | |  |
| 18 años - 25 años |  | | | | |  | | | |  |
| 26 años - 59 años |  | | | | |  | | | |  |
| Mayores de 60 años |  | | | | |  | | | |  |
| **∑ TOTAL** | | | | | | | | | |  |
| En caso de que realicen labor social con Familias indique el número de Población | | | | | | **No. FAMILIAS** | | | |  |

**NOTA:** En caso de haber cualquier modificación en la población atendida, sede, responsables o reforma en la información suministrada al momento de la vinculación notificar por escrito al BAR.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. CLASIFICACIÓN POBLACIÓN VULNERABLE** | | | | | | | | | | |
| **Según la siguiente clasificación y de acuerdo con el objeto social de su Organización marque con una X la(s) vulnerabilidad (des) más representativas de población que atiende actualmente.** | | | | | | | | | | |
| **SOCIO-ECONOMICO** | | **SOCIO-EDUCATIVO** | | | | | | | **DERECHOS HUMANOS** | |
| Madre Cabeza de Hogar |  | Terapéuticos por adicción | | | | |  | | Movilidad Humana |  |
| Personas que ejercen trabajo sexual |  | Problemas comportamentales | | | | |  | | Reincorporados |  |
| Abuso sexual |  | Personas Institucionalizadas | | | | |  | | Desplazados |  |
| Violencia Intrafamiliar |  | Adolescentes en conflicto con ley penal (Infractores) | | | | |  | | **AMBIENTAL Y FISICAS** | |
| Habitantes de calle |  | Desastres Naturales |  |
| Personas en Abandono |  | Jóvenes / Adultos Analfabetas | | | | |  | | Zona de Alto riesgo |  |
| Trabajadores Informales |  | **DISCAPACIDAD Y HABILIDAD** | | | | | | | **Otra vulnerabilidad ¿Cuál?** | |
| Pobreza Extrema |  | Discapacidad cognitiva | | | | |  | |  | |
| Niños / Jóvenes Trabajadores |  | Enfermedad terminal | | | | |  | |
| Madre soltera |  | Enfermedad crónica | | | | |  | |
| Desempleados |  | Otras: | | | | | | |
| Otras: |  |
| **ETNIAS** | | **CICLO VITAL** | | | | | | |
| Afrodescendientes |  | Infancia y Niñez | | | | |  | |
| Indígenas |  | Adolescencia y Juventud | | | | |  | |
| Mestizos |  | Persona mayor | | | | |  | |
| **4. APOYO INSTITUCIONAL** | | | | | | | | | | |
| **Marque con una X la(s) institución y/o personas de carácter público y/o probado que apoyan la labor de la organización** | | | | | | | | | | |
| Universidades |  | Empresa Privada | | | |  | | Personas Naturales | |  |
| Banco |  | Alcaldía Local | | | |  | | MIES | |  |
| Internacional |  | Prefectura | | | |  | | Otros: | | |
| Tipo de Apoyo: | | | | | | | | | | |
| **5. PROGRAMAS Y PROYECTOS SOCIALES** | | | | | | | | | | |
| **Marque con una X el (los) Programa(s) Social(es) que en la actualidad está desarrollando en su Organización** | | | | | | | | | | |
| Salud Integral, Condiciones Saludables. | | |  | | Medio Ambiente. | | | | |  |
| Seguridad Alimentaria y Nutricional. | | |  | | Desarrollo Sostenible, Hábitat y Ruralidad. | | | | |  |
| Culturales, Lúdicos, de Recreación y Deporte. | | |  | | Participación Social y Construcción de Ciudadanía. | | | | |  |
| Educación formal e informal. | | |  | | Formación u Orientación Espiritual y Religiosa. | | | | |  |
| Derechos Humanos. | | |  | | Asesoría Jurídica, Psicológica. | | | | |  |
| Proyectos Productivos. | | |  | | **Otro ¿Cuál?** | | | | |  |
| Describa en qué consisten los programa (s) social(es) que desarrolla actualmente la Organización | | | | | | | | | | |
| ¿De qué manera realizan la convocatoria y caracterización de la población? (Explique brevemente) | | | | | | | | | | |
| ¿Cuenta con empleados? Si [ ] No [ ] ¿Cuántos? | | | | ¿Cuenta con voluntarios? Si [ ] No [ ] ¿Cuántos?  ¿Voluntarios con remuneración? Si [ ] No [ ] ¿Cuántos? | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. CAPTACIÓN DE RECURSOS** | | | | | | | | | | |
| **Registre la información sobre Fuente de Recursos, Presupuesto disponible y Entrega de Alimentos que realiza la organización** | | | | | | | | | | |
| **FUENTE DE RECURSOS** | | | | | | | | | | |
| **¿De dónde provienen sus recursos?** | | | | | | | | | | |
| Donaciones |  | De los Beneficiarios | | | |  | Eventos Varios ¿Cuáles? | | | |
| Recursos propios |  | Unidad Productiva | | | |  |
| **DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS** | | | | | | | | | | |
| Recurso Mensual | | | | | | | | | | |
| Arriendo | $ | | | Gastos Administrativos | | | | $ | | |
| Personal que labora | $ | | | Transporte | | | | $ | | |
| Alimentos | $ | | | Materia Prima | | | | $ | | |
| Ingresos destinados a Alimentos | $ | | | Otros | | | | $ | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **7. INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN CON EL BANCO DE ALIMENTOS** | | | | | | | | | | |
| **¿Cómo se enteró del Banco de Alimentos Riobamba?** | | | | | | | | | | |
| Amigo o familiar |  | Entidades públicas | | | |  | Parroquia | |  | |
| Medios de comunicación / redes  sociales |  | Institución beneficiaria del BAR | | | |  | Otros: | | | |
| **Marque con una X ¿Qué aspectos quiere fortalecer su Organización?** | | | | | **Marque con una X ¿Qué aspecto quiere fortalecer su personal?** | | | | | |
| Capacidad Organizacional | | |  | | Liderazgo Comunitario | | | | |  |
| Intervención Social | | |  | | Atención a comunidades | | | | |  |
| Administrativa y Financiera | | |  | | Tecnología de la información y la comunicación | | | | |  |
| Conservación de Alimentos | | |  | | Otros: | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | | |  |
| **¿Qué tipo de ayuda solicita para la vinculación / reactivación con la Fundación Banco de Alimentos Riobamba? (Describa brevemente)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. PERSONA(S) DESIGNADA(S) PARA EL RETIRO DEL ALIMENTO** | | | |
| Nombres Completos | Cargo que ocupa en la organización | Cedula de identidad | Teléfono de contacto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Cláusula: La organización beneficiaria asume que los datos descritos en esta ficha se presentan con total transparencia y veracidad, además es responsable por cualquier anomalía existente en los mismos. Toda la información compartida en esta ficha será confidencial y protegida. La información solo se usará para los fines establecidos en la fundación y no se divulgará a terceros sin consentimiento previo.

Observaciones: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SELLO DE LA ORGANIZACIÓN**

Los datos se presentan con total transparencia y veracidad

Firma

Nombre del Representante Legal de la Organización:

**SELLO DEL BAR**

Firma

Nombre del representante del BAR:

**NOTA:** Es importante que toda la documentación cuente con sello de la Organización.