|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | |