

Departamento de Justicia de Puerto Rico

Solicitud de Fondos ESTATALES

Programas: Subvenciones Estatales

APE-6.4m-AF 2025-002

Criterios Evaluación			
1. Información del Solicitante			
Nombre de la Entidad Solicitante:		Posición en la Agencia:	
Nombre del Proyecto:			
Dirección Física:			
Dirección Postal:			
Teléfono:			
Número de Registro del Departamento de Estado:		Número de Seguro Social Patronal:	
Resolución Corporativa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Persona Autorizada:	
		Fecha de Documento:	
Posición	Persona Contacto	Teléfono	Correo Electrónico
Jefe de la Agencia			
Director del Proyecto			
Contable del Proyecto			
2. Clase de Proyecto Nuevo <input type="checkbox"/> Continuidad <input type="checkbox"/>			
3. Costo de Proyecto \$			
4. Descripción del Proyecto Planteamiento de la problemática - Marcar con (X) la que aplique			
Programa Subvenciones Estatales <input type="checkbox"/> Agresión física adultos (incluye agresión simple y agravada) <input type="checkbox"/> Agresión sexual adultos <input type="checkbox"/> Adultos víctimas de abuso sexual/víctimas de maltrato infantil <input type="checkbox"/> Robo, escalamiento con fuerza o sin uso de fuerza <input type="checkbox"/> Abuso físico o negligencia menores <input type="checkbox"/> Pornografía infantil <input type="checkbox"/> Víctimas de fuego malicioso <input type="checkbox"/> Acoso (verbal, cibernético o físico) (Bullying) <input type="checkbox"/> Abuso sexual/agresión de menores <input type="checkbox"/> Violencia doméstica y/o familiar <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia de personas de mayor edad <input type="checkbox"/> Manejar u operar un vehículo de motor estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas o de alguna droga o narcótico <input type="checkbox"/> Adolescente víctima de violencia entre pareja <input type="checkbox"/> Terrorismo (doméstico, internacional) <input type="checkbox"/> Crímenes de odio <input type="checkbox"/> Trata humana: laboral <input type="checkbox"/> Trata humana: sexual <input type="checkbox"/> Robo de identidad/fraude/crimen fiscal		<input type="checkbox"/> Secuestro (custodia) <input type="checkbox"/> Violencia masiva, muchedumbre (doméstico/internacional) <input type="checkbox"/> Otras víctimas de accidentes de autos (chocar, darse a la fuga) <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Acecho/ Acoso <input type="checkbox"/> Sobreviviente de homicidio <input type="checkbox"/> Violación de órdenes de protección <input type="checkbox"/> Otros	
Identificación de Necesidades de la Clientela			
Ubicación del Centro:		Área Geográfica:	
		Descripción de la clientela: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edades:	
Propósito del Proyecto:			
5. Necesidades de Recurso			
<input type="checkbox"/> Equipo			
<input type="checkbox"/> Materiales			
6. Voluntarios y/o Acuerdos Cooperativos: Aplica al Programa Subvenciones Estatales			
1.		2.	
3.		4.	
7. Servicios que ofrecen en el proyecto:			
1.		2.	
3.		4.	
8. Estado Financiero (el que aplique)			
<input type="checkbox"/> Estado Financiero Auditado		<input type="checkbox"/> Single Audit	
Firma de Auditoría:		Periodo Evaluado:	
		Fecha de Documento:	
9. ¿Tiene recursos financieros de fuentes de ingresos externas a Subvenciones Estatales para apoyar los servicios del proyecto?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique:	
10. Nombre: Firma: Fecha:			