

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 Si Persona Autorizada:
Corporativa No Fecha de Documento:

Posición	Persona Contacto	Teléfono	Correo Electrónico
Jefe de la Agencia			
Director del Proyecto			
Contable del Proyecto			

2. Clase de Proyecto Nuevo Continuidad

3. Costo de Proyecto \$ _____

4. Descripción del Proyecto Planteamiento de la problemática - Marcar con (X) la que aplique

Programa Subvenciones Estatales

- Agresión física adultos (incluye agresión simple y agravada)
- Agresión sexual adultos
- Adultos víctimas de abuso sexual/víctimas de maltrato infantil
- Robo, escalamiento con fuerza o sin uso de fuerza
- Abuso físico o negligencia menores
- Pornografía infantil
- Víctimas de fuego malicioso
- Acoso (verbal, cibernético o físico) (Bullying)
- Abuso sexual/agresión de menores
- Violencia doméstica y/o familiar
- Abuso o negligencia de personas de mayor edad
- Manejar u operar un vehículo de motor estando bajo los efectos de bebidas alcohólicas o de alguna droga o narcótico
- Adolescente víctima de violencia entre pareja
- Terrorismo (doméstico, internacional)
- Crímenes de odio
- Trata humana: laboral
- Trata humana: sexual
- Robo de identidad/fraude/crimen fiscal

- Secuestro (custodia)
- Violencia masiva, muchedumbre (doméstico/internacional)
- Otras víctimas de accidentes de autos (chocar, darse a la fuga)
- Robo
- Acecho/ Acoso
- Sobreviviente de homicidio
- Violación de órdenes de protección
- Otros _____

Identificación de Necesidades de la Clientela

Ubicación del Centro:

Área Geográfica:

Descripción de la clientela: M F

Edades:

Propósito del Proyecto:

5. Necesidades de Recurso

- Equipo
- 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)

- Estado Financiero Auditado Single Audit

Firma de Auditoría: Período Evaluado: Fecha de Documento:

9. ¿Tiene recursos financieros de fuentes de ingresos externas a Subvenciones Estatales para apoyar los servicios del proyecto?

Si No Explique: _____

10. Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____