



LEY DE PLAN DE RESCATE AMERICANO SOLICITUD

Nombre de la Organización: _____

Número de Identificación Federal Exento de Impuestos Registrados: _____

Director Ejecutivo/CEO Nombre: _____

Nombre de Persona de Contacto: _____

Título de Persona de Contacto: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

¿Afiliado con una organización "matriz" o patrocinador fiscal? Sí No

En caso afirmativo, nombre de la organización matriz: _____

¿Método preferido de contacto? Teléfono de la Empresa Teléfono Celular Correo Electrónico

Por favor proporcione si no aparece en la lista anterior: _____

Número de empleados:

Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____

SOLICITUD DE CONCESIÓN

Asistencia Sin Fines de Lucro:

Especifique la cantidad solicitada (de \$5,000 a \$24,999): \$ _____

¿Tiene su Sede/Oficina en la Ciudad de Riverside? Sí No

¿Ubicado dentro de Sección Censal Calificada? Sí No

¿Afectado Económicamente Negativamente debido a COVID-19? Sí No

¿Ha estado en funcionamiento antes del 1 de marzo de 2021? Sí No

Enviar esta solicitud completada con lo siguiente:

Carta de Determinación Final del IRS 501(c)(3) o 501(c)(19)

Una copia del presupuesto operativo de la Organización (calendario actual o año fiscal)
Incluya cualquier fondo de una Subvención en Bloque de Desarrollo Comunitario, programa de Subvenciones de Artes de la Ciudad, Patrocinadores o contribuciones en especie, etc.

Licencia Comercial Actual de la Ciudad de Riverside
Puede solicitar o renovar la licencia en: RiversideCA.gov/finance/license.asp

Describa el uso previsto de los fondos de la subvención (Marque todas las solicitudes y describa):

- Servicios Organizacionales: _____
- Mano de Obra Contratada: _____
- Pagos de Proveedores: _____
- Pagos de Alquiler: _____
- Pagos de Arrendamiento: _____
- Tecnología: _____
- EPP, Suministros de Saneamiento y Equipos: _____
- Pagos de Servicios Públicos: _____
- Equipos: _____

Describa cómo COVID-19 ha afectado a su organización y / o a la comunidad a la que sirve. Por favor sea específico y detalle la información que proporcione (por ejemplo, pérdida de ingresos de recaudaciones de fondos, número de empleados despedidos, compra de tecnología, etc.).

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Envíe por correo electrónico la solicitud y los documentos de respaldo a SpecialEvents@RiversideCA.gov