¡Gracias por su interés en aliarse con la Asociación de Vacunas del área de Chicago!

**Preguntas de elegibilidad:**

¿Su organización es una 501c3 o está patrocinada fiscalmente por una 501c3? Sí/No

¿Está brindando servicios directos para movilizar a su comunidad en torno a la toma de una decisión informada con respecto a la vacuna de la COVID-19? (Es decir, realizar eventos, emplear o compensar a mensajeros de confianza, desarrollar y difundir mensajes).

\* 1. Información de la organización

Director ejecutivo/nombre del director ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO)

Director ejecutivo/correo electrónico del CEO

Dirección

Dirección 2

Ciudad/pueblo

Estado/provincia

ZIP/Postal Code

Nombre del contacto principal

Dirección de correo electrónico del contacto principal

Número de teléfono del contacto principal.

\* 2. ¿Cuántas personas espera que su organización contacte a través de sus esfuerzos de movilización comunitaria en torno a la vacuna de la COVID-19?

\* 3. ¿En cuál(es) rango(s) de edad se enfocará su organización durante la movilización comunitaria en torno a la vacuna de la COVID-19? Seleccione todas las que correspondan.

* De 0 a 4
* De 5 a 11
* De 12 a 18
* De 19 a 24
* De 25 a 34
* De 35 a 44
* De 45 a 59
* De 60 en adelante.

\* 4. Indique el origen racial/étnico de los clientes a los que espera atender a través de la movilización comunitaria en torno a la vacuna de la COVID-19. (Seleccione todas las que correspondan.).

* Hispano/latino
* Negro o afroamericano
* Asiático
* Indio americano o nativo de Alaska
* Del Medio Oriente
* Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico
* Multirracial
* Blanco.

\* 5. Identifique las poblaciones particularmente vulnerables al impacto de la COVID-19 a las que está atendiendo en la movilización por su comunidad en torno a la vacuna. (Seleccione todas las que correspondan).

* Personas con discapacidades
* Individuos médicamente frágiles
* Individuos o familias que se encuentran sin hogar o que tienen una vivienda inestable
* Individuos confinados en casa
* Adultos mayores (más de 60 años)
* Individuos indocumentados
* Individuos involucrados con el sistema judicial
* Sobrevivientes de violencia doméstica o de género
* Ninguna de las anteriores
* Otra

\* 6. ¿Está brindando educación sobre las vacunas y acceso a estas específicamente a niños y jóvenes en la ciudad de Chicago?

* Yes
* No

\*7. ¿Está brindando educación sobre las vacunas y acceso a estas, específicamente a educadores y empleados de las instituciones u organizaciones de educación infantil, desde el jardín de infancia hasta el 12.º grado, y postsecundaria en la ciudad de Chicago?

* Yes
* No

\* 8. Describa brevemente la misión de su organización, incluida su historia movilizando a la comunidad y abordando necesidades críticas. Si se está postulando como colaborador, incluya los nombres de los socios colaboradores que recibirán fondos y el historial de dicha colaboración (limite la respuesta a 300 palabras).

\* 9. Describa cómo utilizará los fondos solicitados. Se priorizarán las organizaciones con un plan claro de movilización comunitaria en torno a la vacuna de la COVID-19. (Limite la respuesta a 300 palabras).

\* 10. Describa la manera en la que su organización llevará a cabo actividades de difusión y educación sobre la vacuna de la COVID-19 a los miembros de la comunidad. (Limite la respuesta a 300 palabras).

\* 11. Describa las estrategias para poner a los miembros de la comunidad en contacto con las citas para las vacunas, si corresponde. Incluya las alianzas con organizaciones que administren dosis de vacunas u oportunidades para proporcionar transporte a los centros de vacunación. Si necesita entrar en contacto con proveedores que tengan suministro de vacunas, háganoslo saber aquí. (Limite la respuesta a 300 palabras).

\* 12. Enumere otras fuentes de financiamiento que tenga para este trabajo, incluidas las subvenciones que haya recibido como parte de una coalición o asociación. Su respuesta no afectará las decisiones para el financiamiento. (Limite la respuesta a 300 palabras).

**Capacidad organizativa**

\* 13. ¿Qué otras áreas de apoyo necesita para tener éxito? (Por ejemplo, gestión fiscal, operaciones, recursos humanos, comunicaciones, desarrollo de liderazgo).

**Reporte final**

\* 14. Si recibe la subvención, ¿su organización podría proporcionar la siguiente información en un informe final? Seleccione Sí o No para cada uno. Las respuestas son solo para fines informativos y no afectarán su recepción de fondos.

* ¿Cómo movilizó a los mensajeros de confianza en la difusión de las vacunas?
* ¿Cómo apoyó a los educadores y estudiantes?
* ¿Cómo utilizó los fondos (por ejemplo, para apoyar programas, otorgar compensaciones al personal, operaciones generales, compra de suministros)?
* ¿Cuál fue el número total de personas atendidas a través de su movilización comunitaria y esfuerzos de extensión?
* ¿Sus datos se desglosarán por raza, género y otra información demográfica clave tal y como se enumeró anteriormente?
* ¿Podrá proporcionar ejemplos de cómo su organización pudo movilizar mejor a la comunidad en torno a la vacuna de la COVID-19 gracias a la subvención?

**Contacto con los medios**

\*15. Para continuar solicitando donaciones a la Asociación de Vacunas del área de Chicago, estamos estableciendo un contacto con los medios sobre el impacto que tienen los servicios que brindan los beneficiarios de la subvención.

¿Su organización estaría dispuesta a hablar con los medios de comunicación si surge la oportunidad, con el apoyo de la Asociación de Vacunas del área de Chicago, según sea necesario? Su respuesta no afectará su recepción de fondos.

Contacto con los medios: nombre, correo electrónico, número de teléfono

**Preguntas financieras**

Nombre del contacto encargado de las finanzas

Dirección de correo electrónico del contacto encargado de las finanzas

Número de teléfono del contacto encargado de las finanzas

\*16. ¿Para cuántos días tiene dinero disponible de manera inmediata?

\*17. ¿Cuál es la cantidad promedio de dinero que tiene disponible mensualmente?

\*18. ¿Cuáles son sus ingresos anuales?

\*19. ¿Cuál fue el tipo de opinión de su última auditoría?

 - Sin modificar

* Modificado
* Adverso
* Preocupación continua
* No corresponde.

\*20. ¿Conoce algún caso de fraude o malversación financiera de fondos en los últimos 12 meses? Ingrese "Sí" o "No" en el cuadro de texto. Si la respuesta es “Sí”, describa la situación y el resultado.

\*21. ¿Tiene algún convenio financiero o legal con el que no esté cumpliendo? Ingrese "Sí" o "No" en el cuadro de texto. Si la respuesta es "Sí", proporcione también una descripción y la solución

\*22. ¿Su organización tiene un patrocinador fiscal?

- Sí

- No

**Directiva y personal**

Estamos comprometidos a tomar decisiones que partan de una perspectiva de equidad; esto incluye a la directiva de la organización.

\*23. Indique cómo se identifica el presidente/director ejecutivo de su organización:

- Hispano/latino

- Negro o afroamericano

- Asiático

- Indio americano o nativo de Alaska

- Del Medio Oriente

- Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

- Multirracial

- Blanco.

\*24. ¿El personal que interactúa con la comunidad a la que se atiende será de la misma raza y etnia?" Sí/No

**Área geográfica de servicio**

\*25. ¿Su esfuerzo de movilización comunitaria atiende a los residentes de la ciudad de Chicago?

* Sí/No
* Seleccione los vecindarios de la ciudad de Chicago en los que llevará a cabo actividades de difusión sobre las vacunas.

\*26. ¿Su esfuerzo de movilización comunitaria brindará servicios en los municipios del condado de Cook?

* Sí/No
* Seleccione los municipios del condado de Cook en los que llevarán a cabo actividades de difusión sobre las vacunas.