

Instrucciones de la Portada para el Informe de Programa

LA PORTADA DEBE ESTAR ADJUNTO ENFRENTA DE TODOS LOS INFORMES

Este documento es un guía y explica cómo llenar la Portada para el Informe del Programa.

Numero	Descripción
Sección 1. Información de la Organización	
1a. Nombre Legal de la Organización	Poner el nombre oficial de la organización participando en la Informe de Programa. No usar abreviaciones. <i>Ejemplos:</i> (*) <i>The University of Texas at El Paso (UTEP)</i> (*) <i>Ciudadanos Organizados por el Desarrollo Integral de las Comunidades de Cd. Juárez (CODIC)</i>
1b. Título del Proyecto	Poner el título asignado al proyecto propuesto. No use el nombre de la iniciativa de Paso del Norte Health Foundation.
1c. Director Ejecutivo Oficial	Poner nombre legal del director/oficial de la organización. <i>Ejemplos:</i> (*) <i>Dr. John Doe</i> (*) <i>Lic. Juan Pérez</i>
1d. Título	Poner título oficial <i>Ejemplos:</i> (*) <i>Chief Executive Officer</i> (*) <i>Director</i>
1e. Dirección	Domicilio debe ser la dirección oficial para enviar correspondencia a la organización.
1f. Ciudad/Estado/Código Postal	Conocimiento común.
1g. Teléfono 1h. Fax	Favor de incluir el numero de lada.
1i. Correo electrónico	Poner correo electrónico del director/oficial.
1j. Pagina Web	Poner página oficial de Internet del la organización.
Sección 2. Información Contacto del Programa	
2a. Marque si es igual la información de Organización	Poner toda la información de la persona responsable de coordinar el proyecto.
2b. Nombre	Poner nombre de la persona responsable de coordinar el proyecto.
2c. Título	Poner título de la persona responsable de coordinar el proyecto. <i>Ejemplo:</i> (*) <i>Coordinador del Proyecto</i>
2d. Dirección	Dirección de la persona responsable de coordinar el proyecto.
2e. Ciudad/Estado/Código Postal	Conocimiento común.
2f. Teléfono 2g. Fax	Numero de teléfono de la persona responsable de coordinar el proyecto. Favor de incluir el numero lada.
2h. Correo electrónico	Correo electrónico de persona responsable de coordinar el proyecto.
Sección 3. Calendarización de Informes	
3a. Fecha	Poner fecha assignada por PdNHF (de acuerdo al MOA).
3b. Tipo de Informe	Indicar tipo de informe: <i>Ejemplo:</i> (*) <i>Informe & Presupuesto</i> (*) <i>Informe & Presupuesto (Final)</i>
3c. Contingencias	Marque "Si" si el pago depende del informe.
3d. Envíe los informes del programa	Paso del Norte Health Foundation.
3e. Atención	Poner nombre de oficial del programa.
Sección 4. Información del pago	
4a. Marque si es igual la información de organización	Poner toda la información de la persona responsable del manejo financiero relacionado con el proyecto.
4b. Dirección a donde enviar el cheque	Domicilio debe ser la dirección oficial.
4c. Ciudad/Estado/Código Postal	Conocimiento común.
4d. Correo electrónico	Poner correo electrónico de la persona responsable de finanzas.
4e. Nombre del contacto relacionado con pagos	Pone nombre de la person responsable de finanzas.
4f. Teléfono	Numero de teléfono de la persona responsable de finanzas. Favor de incluir el numero lada.
Sección 5. Solamente para uso de la Fundación	
Solamente para uso de Paso del Norte Health Foundation.	

Comunicarse a Paso del Norte Health Foundation si tiene preguntas.

Esta página debe ser la portada e ir al frente de cada informe del programa.

Favor escribir legible e usar letra de molde

1. Información de Organización:

a. Nombre Legal de la Organización: _____

b. Título del Proyecto: _____

c. Director Ejecutivo/Oficial: _____ d. Título: _____

e. Dirección: _____ f. Ciudad/Estado/Código Postal: _____

g. Teléfono: _____ h. Fax: _____

i. Correo electrónico: _____ j. Pagina Web: _____

2. Información Contacto del Programa: a. Marque si es igual la información de organización

b. Nombre: _____ c. Título: _____

d. Dirección: _____ e. Ciudad/Estado/Código Postal: _____

f. Teléfono: _____ g. Fax: _____ h. Correo electrónico: _____

3. Calendarización de Informes

a. Fecha	b. Tipo de Informe	c. Contingencias	
		Si	NO
		Si	NO

d. Envíe los informes del programa e informes financieros a: Paso del Norte Health Foundation

e. Atención: _____

4. Información del Pago: a. Marque si es igual que la información de organización

b. Dirección a donde enviar el cheque: _____

c Ciudad/Estado/Código Postal: _____ d. Correo electrónico: _____

e. Nombre del contacto relacionado con pagos: _____ f. Teléfono: _____

●.....● **5. Para Solamente el uso de la Fundación**

Goal#: _____

Program Officer: _____

Funding start date: _____ End date: _____

Cycle: _____ Date approved: _____

Date report received: _____

Report Complete: Yes No

Missing: _____

Ref #: _____

Reviewed & Approved by: _____ Date: _____

1. Rec'd, date stamped & initialed _____
2. PS: update status in GIFTS _____
3. PS: reviews financial report _____
4. PS: notes financial notes & comments in GIFTS _____
5. PS: forwards PR w/financial report notes/comments to PO _____
6. PO: reviews PR narrative _____
7. PO: notes determination in GIFTS, PS for scan/file _____
8. PO: remove pymnt. Contingency _____
9. GA: stamp, scan, forward for filing _____