



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

cdcoop

COMISIÓN DE DESARROLLO COOPERATIVO

Fondo Especial para la Formación, Organización e
Incorporación de Cooperativas Juveniles

Formulario de Solicitud de Fondos

Hon. Sergio Ortiz Quiñones
Comisionado



Fondo Especial para la Formación, Organización e Incorporación de las Cooperativas Juveniles

SOLICITUD DE FONDOS

Esta forma le proveerá a la Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico información importante para la consideración efectiva de la determinación de concesión de fondos. Toda información requerida es necesaria para comenzar el proceso de evaluación y está sujeta a su aprobación. No se aceptarán solicitudes con información incompleta.

Para uso interno de la Oficina de Desarrollo Cooperativo

Número del Proyecto _____ Año Fiscal: _____ - _____		Fecha de Determinación: _____
Recomendación Del Comité <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No Aprobado	Presupuesto Aprobado: \$ _____	
Comentarios:	Propósito del presupuesto aprobado:	

I. Información General del Grupo o Cooperativa Juvenil beneficiaria

Nombre del beneficiario: <input type="checkbox"/> Grupo Cooperativo _____ <input type="checkbox"/> Cooperativa	Tipo de grupo o cooperativa <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Comunal <input type="checkbox"/> Universitario
Dirección Postal:	Teléfono:
Persona Contacto: Nombre:	
Teléfono:	Fax:
Email:	

III. Anejo I

Propuesta

COOPERATIVAS JUVENILES



Cooperativa Juvenil o Grupo Cooperativo:	Cantidad de Socios:
Institución Educativa o comunidad:	Pueblo:
Planteamiento de la Necesidad:	
Objetivos de la Cooperativa: 1. 2. 3.	
Impacto Comunitario Cooperativo	

Comisión de Desarrollo Cooperativo de Puerto Rico

Oficina Regional _____

Nombre del Solicitante

Nombre Especialista de CDcoop

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre Director Regional CDcoop

Posición

Firma del Director Regional CDcoop



Solicitud de Donativos con cargo al Fondo Especial en Beneficio del Sector Cooperativo Juvenil

Documentos Requeridos

- ✓ **Formulario de Solicitud de Fondos**

- ✓ **Información General de la Cooperativa Juvenil (Cuestionario)**

- ✓ **Clausulas y Reglamento de la Cooperativa Juvenil**

- ✓ **Certificado de Incorporación de la Cooperativa Juvenil**

- ✓ **Resultado del último examen realizado por COSSEC**
(Cooperativas con más de un año de incorporada)

- ✓ **Modelo SC730 (en tinta azul y dos (2) originales)**

- ✓ **Seguro Social Patronal de la Cooperativa Juvenil**

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Original - A.C.C.
1ª Copia - Agencia
2ª Copia - Agencia

Agencia

PRIFAS

REGISTRO DE SUPLIDORES

Nuevo Modificado

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO		Código de Disposición	Sector Económico
Fecha	Código de Suplidor		
Nombre (en caso de individuo indique el nombre y ambos apellidos)			
Nombre: _____			
Nombre Corto (hasta 10 caracteres): _____			
Dirección Principal: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
Teléfono: _____		Fax: _____	
Correo Electrónico: _____			
Si la Factura o Remitente coincide con la dirección principal, sólo marque el encasillado			
<input type="checkbox"/> ORDENAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> FACTURAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> REMITIR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
*Para Pagos Alternos de: <input type="checkbox"/> Cesiones de Crédito <input type="checkbox"/> OPE <input type="checkbox"/> Otra:			
Nombre Alterno 1: _____			
Nombre Alterno 2: _____			
Comentarios			
Clasificación:		Tipo de Suplidor:	
<input type="checkbox"/> Suplidor	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Municipio	<input type="checkbox"/> OPE(SDO)
		<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Regular
Método de Despacho Deseado Para la Orden de Compra:			
<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> EDI
Método de Pago Deseado:			
<input type="checkbox"/> Retención de Pago	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> EFT	<input type="checkbox"/> Manual
<input type="checkbox"/> Preparar Pagos Separados	<input type="checkbox"/> Plan de Pago	<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Pago con Descuento			
Para Uso de la Agencia		Para Uso del Suplidor	
Certifico que la información suministrada es correcta.		Certifico que la información suministrada es correcta.	
Fecha	Nombre y Firma Jefe, Agencia o Rep. Aut.	Teléfono	
		Fecha	Nombre y Firma del Suplidor
			Teléfono
Para Uso del Departamento de Hacienda			
Entrado Por:		<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Inactivado
Fecha	Nombre y Firma	Fecha	Nombre y Firma

* Si hay Pagos Alternos, favor de justificarlo en la sección de Comentarios.

CONSERVACION: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.