**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**FONDO DE DEFENSA LEGAL Y REFUGIO**

**I. INFORMACIÓN SOBRE EL/LA SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del/la solicitante: |  |
| Nombre de la organización o afiliación: |  |
| Dirección completa de la organización o afiliación: |  |
| País: |  |
| Dirección de correo electrónico: |  |
| Número de teléfono móvil disponible en WhatsApp, Signal o Telegram:  *(Indique el servicio de mensajería instantánea preferido).* |  |
| ¿Hace la petición para usted mismo? | Sí (\_\_) No (\_\_) |
| En caso negativo, indique para quién es la solicitud. |
| ¿Es la primera vez que accede al Fondo de Defensa Legal y Refugio? | Sí (\_\_) No (\_\_) |
| En caso afirmativo, díganos cómo supo sobre el Fondo. |

**II. CONTEXTO DE LA SOLICITUD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Describa la situación y explique por qué es necesaria la ayuda. | | | | |
|  | | | | |
| Pueblos indígenas que recibirán apoyo directo de esta solicitud de LDSF: | | | | |
| Número de pueblos indígenas directos que recibirán apoyo: | Varón(es): | Mujer(es): | Total: |  |
| Edad 0-12: | Edad 13-18: | Edad 19-35: | Edad 36-59: | Edad 60 y más: |
| Por favor, facilite información de otras organizaciones que estén prestando apoyo (por ejemplo, financiero, político, etc.) a la situación, si las hubiera. | | | | |
|  | | | | |
| Por favor, especifique en esta solicitud cualquier información que prefiera que se mantenga confidencial. | | | | |
|  | | | | |

**III. DETALLES DE LA SOLICITUD**

*(Añada filas si es necesario).*

| Actividad o producto previsto | Resultados esperados | Plazos | Presupuesto solicitado  *(en moneda local)*  Especifique la moneda local: \_\_. | Presupuesto solicitado  *(en Dólares Americanos- USD)* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Por favor, proporcione un tipo de conversión de la moneda local a Dólares Estadounidenses $US: 1$US = \_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Presupuesto total solicitado  *(en USD)* |  |
| Plazo total  *(en meses)* |  |

**IV. REFERENCIAS**

*(Indique el nombre y los datos de contacto de dos personas de referencia y sus organizaciones, que conozcan su trabajo y/o el caso para el que solicita ayuda).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Referencia 1 | | |
| Nombre: |  |
| Organización o afiliación: |  |
| Dirección/es de correo electrónico: |  |
| Número de teléfono móvil disponible en WhatsApp, Signal o Telegram: *(Indique el servicio de mensajería instantánea preferido.)* |  |
|  | | |
| Referencia 2 | | |
| Nombre: |  |
| Organización o afiliación: |  |
| Dirección/es de correo electrónico: |  |
| Número de teléfono móvil disponible en WhatsApp, Signal o Telegram: (Indique el servicio de mensajería instantánea preferido.) |  |

Nombre y firma del solicitante:

Date:

*(Nota: Envíe por correo electrónico el formulario de solicitud completado en formato Word).*