**\*Este formato tiene como objeto que su OSC manifieste su deseo de participar en la modalidad oncológica, así como conocer su objeto social, servicios, vínculos y modelo de atención que brinda. Además de los requisitos que se solicitan, el documento debe contener la información necesaria para conocer cómo aplicaría el recurso en las niñas, niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer. Por favor, explique lo que usted considera necesario que el Comité deba conocer de su OSC.**

**Favor de completar las áreas subrayadas en amarillo, esto se pone en el formato para apoyarle. Estos primeros dos párrafos los debe omitir una vez que tenga todo completo, así como lo subrayado en amarillo supliéndolo con la información solicitada.**

**PROGRAMA “APOYO A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL”**

**EJERCICIO 2025**

**MODALIDAD ONCOLÓGICA**

**FORMATO 1.**

**DOCUMENTO DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA**

**MODALIDAD ONCOLÓGICA DE APOYO ECONÓMICO**

**Comité Técnico para la Asignación de Subsidios de Asistencia Social**

Presente:

Por medio de la presente y actuando con el carácter de Apoderado/Representante (a) Legal de la **Organización de la Sociedad Civil** denominada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestamos nuestro deseo de participar en la Convocatoria del Programa “Apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil”, ejercicio 2025, en su modalidad **ONCOLÓGICA.**

Nuestra Organización… (Hacer una narrativa de su organización) que contenga lo siguiente:

1. Describir el objeto social de su organización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Describir la trayectoria de su organización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Describir el impacto social que generan los servicios que ofrece en su organización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asimismo, nuestra organización. . . (describir la experiencia con que tiene la organización en la entrega de apoyos a niñas, niños y adolescentes con padecimiento de cáncer)

En cuanto a los vínculos … (describir los vínculos y colaboración con la que cuenta con otras instituciones públicas o privadas).

Nuestro modelo de atención para las Niñas, Niños y Adolescentes enfermos de cáncer. . . (describir el modelo de atención que aplica su osc y describir los apoyos que han otorgado a menores de edad durante los últimos dos años).

Derivado de esto, el método de selección de nuestros beneficiarios menores de edad consiste en: (Especificar paso a paso el proceso)

1.

2.

3.

La forma en que proyectamos aplicar el recurso será (narrativa detallada en donde se especifique cuáles serán los medicamentos y/o tratamientos y/o exámenes y procedimientos diagnósticos, de seguimiento y control y/o insumos y medicamentos complementarios y/o terapias psicológicas y/o cuidados paliativos y/o planes nutricionales y/o acondicionamiento físico y/o rehabilitación que adquirirán en caso de ser beneficiadas con el recurso).

El monto solicitado en base a lo anteriormente expuesto y al estudio de mercado anexo es de $\_\_\_\_\_\_.00 (\_\_\_\_\_ pesos 00/100 M.N.) (El monto solicitado deberá estar basado en el monto más bajo del Estudio de Mercado). Anexamos a la presente el Estudio de Mercado para que sirva como referencia para la consideración del apoyo económico, mismo que está debidamente integrado conforme lo marca la convocatoria correspondiente.

Con dicho monto, y basado en nuestra experiencia, proyectamos un número de \_\_\_ niñas, niños y/o adolescentes, manifestando que dado que se trata de un tema de salud y de que dependemos de los diagnósticos médicos por beneficiario, este número puede variar, comprometiéndonos a hacer un uso eficiente del recurso para atender de la mejor manera posible a los beneficiarios.

Asimismo, de vernos favorecidos con el apoyo económico, las compras las estaremos realizando en un período de máximo xx meses/semanas/días (poner el tiempo estimado de ejecución de las adquisiciones o contratación de servicios que se harán con el recurso) después de que nos dispersen el apoyo económico, por lo que nos comprometemos a iniciar la comprobación 15 días hábiles después de haber realizado la última compra o pago de la contratación de servicios, sin que exceda al tiempo límite marcado por el Programa, siendo este el 15 de noviembre de la presente anualidad.

Con lo anterior podremos garantizar la debida atención y cuidado de nuestros beneficiarios y seguiremos con el proceso correspondiente tal como lo señalan las Reglas de Operación del Programa “Apoyo a Organizaciones de la Sociedad Civil”, ejercicio 2025.

Sin más por el momento.

Atentamente.

**Municipio**, Jalisco a \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal de la Asociación Civil denominada

Nombre del representante legal.

Nombre de la Asociación

No. Celular del representante legal.

No. De teléfono de la organización.

ANEXAR FOTOGRAFÍAS O DOCUMENTOS QUE AVALEN SU EXPERIENCIA, IMPACTO, VÍNCULOS Y DEMÁS INFORMACIÓN QUE CREA DEBA DE CONOCER EL COMITÉ. (EN CASO DE ASÍ CONSIDERARLO)