



DHHS Comunidad CARES

Subvención de estabilización

Detalles de Oportunidad	
Información de Oportunidad	
Título	Subvención de Estabilización de Comunidad CARES para organizaciones benéficas y proveedores de atención médica con licencia 2020
Descripción	<p>Organizaciones benéficas y proveedores de atención médica en todo el estado han estado luchando después de COVID-19. La subvención de estabilización de Comunidad CARES ofrece a las organizaciones un capital de trabajo de al menos \$12,000 para ayudarles a cubrir los gastos de funcionamiento. Esto permitirá a nuestras organizaciones benéficas y proveedores certificados/autorizados continuar sirviendo a los niños, familias y comunidades de Nebraska.</p> <p>Se dará preferencia a las organizaciones ubicadas en zonas de alta pobreza y a las zonas desproporcionadamente afectadas por el COVID-19.</p> <p>ELEGIBILIDAD</p> <p>1. Quién es elegible:</p> <p>a. Organización benéfica, exenta de impuestos bajo la sección 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos</p> <p>b. Centro de salud con licencia del Estado de Nebraska o proveedor de servicios incluido en las categorías a continuación, con una licencia activa emitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska:</p> <p>a. Servicios para adultos</p> <p>b. Instalaciones de vida asistida</p>

	<p>c. Centros para los discapacitados del desarrollo d. Agencias de colocación de niños e. Servicios de Salud para el día de los niños f. Clínicas de salud g. Servicios de hospicio h. Centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo i. Centros de tratamiento de abuso de sustancias/salud mental j. Agencias residenciales de cuidado de niños k. Clínicas de salud rural* l. Servicios de cuidado de relevo</p> <p>c. Agencia de Discapacidad del Desarrollo basada en la comunidad, certificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska.</p> <p>No elegible:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de gobiernos locales y tribales • Hospitales • Centros de Salud Federalmente Calificados • Autoridades Regionales de Salud Conductual • Proveedores de cuidado infantil <p>2. El solicitante debe estar actualmente organizado y operando en Nebraska</p> <p>3. El solicitante debe servir a los niños, familias o comunidades en servicio de la misión DHHS: Ayudar a las personas a vivir mejor</p> <p>USO DE FONDOS</p> <p>Los usos elegibles de la subvención de estabilización de Comunidad CARES incluyen cualquier gasto operativo para continuar las operaciones de un negocio.</p>
Información del solicitante	

Información de contacto	
Nombre (como se muestra en su declaración de impuestos)	
¿El nombre de su negocio es el mismo que el nombre anterior?	[marcar la casilla correspondiente] 1. Sí 2. No
Nombre legal de negocio	
Línea de dirección 1	
Línea de dirección 2	
Ciudad	
Condado	[cuadro desplegable]
Estado	[cuadro desplegable]
Código postal	
Número de teléfono (000-000-0000)	
Dirección de correo electrónico	
URL del sitio web de negocio	
Nombre de la persona de contacto autorizada	
Apellido de la persona de contacto autorizada	
Título de la persona de contacto autorizada	
número de teléfono de la persona de contacto autorizada (000-000-0000)	
Dirección de correo electrónico de la persona de contacto autorizada	
Detalles de Negocio	
Número de identificación federal del empleador de retención (00-0000000)	
Número de Seguro Social (000-00-000)	
Número de sistema de numeración universal de datos (DUNS)	

Código del sistema de clasificación de la industria norteamericana (NAICS)	
Tipo de organización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización benéfica (debe proporcionar documentación del IRS) 2. Proveedor con licencia NE (debe proporcionar el número de licencia) <ol style="list-style-type: none"> a. Servicios para adultos b. Instalaciones de vida asistida c. Centros para los discapacitados del desarrollo d. Agencias de colocación de niños e. Servicios de salud para el día de los niños f. Clínicas de salud g. Servicios de hospicio h. Centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo i. Centros de tratamiento para el abuso de sustancias/salud mental j. Agencias residenciales para el cuidado de niños k. Clínicas de salud rural l. Servicios de cuidado de relevo 3. Agencia de discapacidad del desarrollo basada en la comunidad, certificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (debe proporcionar el número de certificado) 4. Organización benéfica y proveedor con licencia/certificado de NE (debe proporcionar la documentación del IRS Y el número de licencia/certificado)
Si es un proveedor con licencia/certificado de NE, entre el número de licencia/certificado o el ID del proveedor	
Tipo de negocio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individual 2. Propietario único 3. Corporación -C 4. Corporación -S 5. Asociación 6. Fideicomiso/Estado 7. Entidad sin fines de lucro

	8. Sociedad de responsabilidad limitada (LLC) - Corporación-C 9. LLC de un solo miembro
Estado de constitución	[cuadro desplegable]
Cuánto tiempo en el negocio	1. Menos de 3 años 2. Más de 3 años
¿Es usted un negocio certificado como propiedad de minorías?	[cuadro desplegable] 1. Sí 2. No
Describa el tipo de trabajo que realiza su organización	
Documento adjuntos	
Si es una organización benéfica, suba el formulario 501c3	
Si está incorporado, suba el certificado de registro del Secretario de Estado del NE	
Si su negocio está certificado como propiedad de minorías, suba la documentación de la certificación	
Efecto de COVID-19 en el negocio	
1. Identifique el efecto de COVID-19 en los ingresos	
Total de los ingresos brutos anuales de 2019	[cuadro de texto]
¿Perdió de ingresos después del 13 de marzo de 2020 debido a COVID-19?	[marcar la casilla correspondiente] 1. Sí 2. No
Por favor estime que parte de ingresos totales / ingresos perdió debido a COVID-19 desde el 13 de marzo de 2020	A. Ningún impacto B. 1% to 50% C. 51% to 75% D. 76% to 100%

	E. Más del 100%
2. Por favor identifique el efecto de COVID-19 en gastos	
¿Incurrió un aumento de gastos después del 13 de marzo de 2020 debido a COVID-19?	1. Sí 2. No
Por favor, estime el porcentaje de gastos incrementados debido a COVID-19 desde el 13 de marzo de 2020	A. Ningún impacto B. 1% to 50% C. 51% to 75% D. 76% to 100% E. Más del 100%
3. Por favor describa el efecto total de COVID-19 en el negocio del solicitante.	
4. Por favor describa cómo la subvención de estabilización CARES de la Comunidad será utilizada.	
Información Bancaria	
Nombre del Banco	
Tipo de cuenta	
Nombre en la cuenta	
Número de cuenta	
Número de ruta	
Términos y Condiciones	
Por favor descargue y lea los requisitos y condiciones del Acuerdo de Subvención	
**[se creará] Requisitos y condiciones del Acuerdo de Subvención de Nebraska.pdf	
Por favor lea los requisitos y condiciones del Acuerdo de Subvención y acepte los términos de certificación	

Reconozco que he leído y acepto los requisitos y condiciones del Acuerdo de Subvención que se incluyen en esta solicitud en línea.	[marcar la casilla correspondiente]
Para preguntas adicionales	aún por determinar
Puede encontrar información sobre las subvenciones de estabilización e información sobre cómo solicitarla aquí	http://dhhs.ne.gov/Pages/COVID-19-Community-CARES.aspx
Número de contacto de la agencia	(833) 220-0018
Información de financiación	
Financiación total del programa	\$40 millones
Información del premio	
Tipo de premio	Competitivo
Fondos de contrapartida requeridos	No
Información de sumisión	
Ventana de sumisión	29 de junio 2020 a 6 de julio 2020
El tipo de tiempo para sumisiones	Sólo una vez
Permitido múltiples aplicaciones	No