# Portada

**Información general**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del consulado con el que trabaja** |  |
| **Nombre de la organización** |  |
| **Dirección** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Estado** |  |
| **Código postal** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Sitio web** |  |
| **Facebook** |  |
| **Misión** |  |

**Información de contacto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del contacto principal** |  |
| **Título del contacto principal** |  |
| **Teléfono del contacto principal (fijo y móvil)** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Nombre del contacto secundario** |  |
| **Título del contacto secundario** |  |
| **Teléfono del contacto secundario (fijo y móvil)** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Nombre del director ejecutivo (o equivalente) de la organización** |  |

**Firma y presentación**

*Al firmar en las casillas a continuación, reconocemos que hemos leído esta solicitud y aprobamos su presentación y estamos de acuerdo en cumplir con los requisitos de rendición de cuentas y presentación de informes de la Alianza Fronteriza de Filantropía México-EE.UU.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ingrese el nombre y el cargo del funcionario que reconoce la presentación de la presente solicitud** |  |
| **Firma** |  |