

**Reporte Anual 2019**

*Someta una copia de este reporte anual durante el primer trimestre de cada año con información que cubra el calendario del año previo para el* ***31 de marzo de 2020*** *a:*

**Texas Adventist Community Services, PO Box 35, Keene, TX 76009**

**o por correo electrónico a** **acs@txsda.org****.**

Por favor envié copias de este reporte oficial a los miembros de su junta y a el pastor(es) de su iglesia. Nosotros enviaremos una copia de su reporte a Servicios Comunitarios Adventistas de la División Norte Americana. Si está enviando un formulario de Solicitud de Reversión, este formulario DEBE enviarse con él para recibir sus fondos de Reversión.

**Este reporte es sometido para:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Un Centro Adventista de Servicios Comunitarios | [ ]  Un Programa de Tutores o Mentores |
| [ ]  Un Equipo Adventista de Asistencia de Desastres | [ ]  Servicios de Emergencia Juvenil (YES) |
| [ ]  Un Proyecto Metropolitan | [ ]  Banco de Alimentos de Emergencia |
| [ ]  Un Ministerio Móvil/Programa de Salud Medica | [ ]  Proyecto de Dorcas |
| [ ]  Una Agencia de Servicios Humanitarios | [ ]  Programa de Servicios Comunitarios iglesia local |
| [ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de Iglesia |  |
| Dirección |  |
| Ciudad |  | Estado |  | Código Postal |  |
| Teléfono |  | No. de Fax |  |
| Director |  | Correo Electrónico |  |
| Nombre de Organización *(Si es diferente)* |  |

1. **Estadísticas del Programa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Total de clientes ayudados |  | Total de voluntarios activos |  |
| Remisiones a otras agencias |  |  | Total de horas voluntarias/año |  |
| Reemplazos de trabajos hechos |  | Días de operación móvil medico |  |
| Valor de dinero de comida dada | $ |  | Total de personas chequeadas |  |
| Donaciones monetarias | $ | Clases de Salud Ofrecidas |  |
| Valor en dinero, de abonos | $ |  | Personas registradas/año |  |
| Artículos de ropa dados |  | Clases de Vida Familiar |  |
| Artículos de camas dados |  |  | Personas registradas/año |  |
| Artículos de muebles dados |  | Clases de entreno de trabajo |  |
| Literatura distribuida |  |  | Personas registradas/año |  |
| Estudios Bíblicos registrados |  | Tutoría auspiciados |  |
| Sesiones de Consejería Familiar |  |  | Personas registradas/año |  |
| Otro: |  | Estudios Bíblicos o grupos ofrecidos |  |
|  |  |  | Personas registradas/año |  |
| Otro: |  | Otras Clases ofrecidas |  |
|  |  |  | Personas registradas/año |  |

1. **Operación del Programa**
2. ¿Cuál es el horario regular, que su centro o programa, está abierto al público?

Dia(s) de la semana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horas cada día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se conduce una entrevista de entrada con cada cliente? [ ] Si [ ] No
2. ¿Tienen los trabajadores acceso a una copia del directorio [ ] Si [ ] No

actual de recursos humanos para su comunidad?

1. ¿Se archivan los registros de casos? [ ] Si [ ] No
2. ¿Qué porcentaje de los pacientes ayudados en el último año recibieron una visita de seguimiento o llamada telefónica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%
3. ¿A qué agencias hace referencias?
4. ¿Cuáles agencias hacen referencias regulares a su centro o programa?
5. **Programa y Servicios**
6. ¿Cuáles de los siguientes tipos de programas han sido ofrecidos al público durante el ano cubierto en este reporte? *(Marque cada uno que fue ofrecido.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ] Adopte a un abuelo | [ ] Rehabilitación/Uso de Drogas | [ ] Seminarios Para Padres |
| [ ] Cuidado de Dia Para Adulto | [ ] Campamento de Familia | [ ] Programa Llama-un-Amigo |
| [ ] Servicios de Apoyo | [ ] Consejería Familiar | [ ] Ministerio de Prisión |
| [ ] Programa Para Uso de Alcohol | [ ] Seminario: Finanzas/Familiar | [ ] Grupos de Ancianos |
| [ ] Grupos de Estudio Bíblico | [ ] Consejería Financiera | [ ] Almuerzos Para Ancianos |
| [ ] Escuela Sabática Filial | [ ] Banco de Alimentos | [ ] Clases de Costura |
| [ ] Campamento Para Niños | [ ] Distribución de Alimentos | [ ] Cocina de Sustancia |
| [ ] Cuidado de Niños | [ ] Recuperación de Quebranto | [ ] Programa-Dejar de Fumar |
| [ ] Artículos de Ropa y Cama | [ ] Avalúos de Salud | [ ] Ministerio de Calle |
| [ ] Encuestas en la Comunidad | [ ] Cuidado Médico en Casa | [ ] Seminario de Estrés |
| [ ] Escuela de Cocina | [ ] Hogar Para Desamparados | [ ] Prevención de Estrés |
| [ ] Servicios de Consejería | [ ] Estante de Literatura | [ ] Grupo de Apoyo |
| [ ] Campamento de Dia | [ ] Ayuda de Inmigrantes | [ ] Tienda Económica |
| [ ] Clínica Dental | [ ] Seminarios Matrimonial | [ ] Ayuda de Transportación |
| [ ] Asistencia en Desastres | [ ] Alimentos en Ruedas | [ ] Ayuda de Viajero |
| [ ] Recuperación de Divorcio | [ ] Clínica Medica | [ ] Programa de Tutoría |
| [ ] Programa de Violencia Domestica | [ ] Ministerio de Recién Llegados | [ ] Programa de Control de Peso |

1. Por favor anote otros programas, servicios, clases, grupos, etc., que usted ofrece durante el año, que no aparecen en la lista de arriba (atrás del papel). Incluya cualquier recorte, volante, reporte personal, u otros documentos que ayude a registrar cosas significativas que han logrado durante el año.
2. **Situación Física del Plantel**
3. ¿En qué tipo de lugar se encuentra la oficina o lugar primario donde es abierto al público como una organización? *(Marque una de las siguientes respuestas.)*

|  |
| --- |
|[ ]  Usamos cuartos que compartimos con otros departamentos y programas de la iglesia. |
|[ ]  Tenemos un escaparte en el edificio de la iglesia, no tenemos cuarto u oficina propia. |
|[ ]  Tenemos una unidad móvil nuestra. |
|[ ]  Nuestra operación la hacemos de la casa del director o de otro voluntario. |
|[ ]  Nuestra oficina está localizada en la iglesia, pero sin ninguna entrada separada. |
| [ ]  | Nuestra oficina está localizada en la iglesia, con una entrada separada. |
|[ ]  Tenemos un edificio propio, unido al edificio de la iglesia. |
|[ ]  Tenemos un edificio propio, separado del edificio de la iglesia, en la misma propiedad. |
|[ ]  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. ¿Hay algún rotulo visible, identificando su oficina? [ ] Si [ ] No
2. ¿Están las horas de operación a la vista, afuera del edificio? [ ] Si [ ] No
3. ¿Tiene su oficina un teléfono en lista con el nombre SCA o el de su agencia? [ ] Si [ ] No
4. ¿Hay una oficina separada o privada para entrevistas? [ ] Si [ ] No
5. ¿Hay una sala de espera para clientes o pacientes? [ ] Si [ ] No
6. ¿Tiene el director una oficina permanente? [ ] Si [ ] No
7. ¿Hay un cuarto de reuniones para las clases o grupos? ¿Capacidad de Sentados\_\_\_\_\_\_? [ ] Si [ ] No
8. ¿Cuánto uso de espacio para almacenar tienen? ¿\_\_\_\_\_\_\_\_ pies cuadrados?
9. ¿Tiene su programa posesión de un vehículo? [ ] Si [ ] No

*Si es así, por favor marque el tipo y vehículo(s) que tienen en la siguiente lista:*

[ ] Automóvil [ ] Van de Escalón [ ] Camión [ ] Semi-remolque

[ ] Van Pequeño [ ] RV (Vehículo de Recreo) [ ] Semi-tractor

1. **Administración y Finanzas**
2. ¿Cuántas veces se reunió el comité que maneja el programa en el año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Estado financiero para el año: *Si usted tiene un estado financiero preparado, simplemente puede graparlo o unirlo a este reporte.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entrada** |  |  | **Gastos** |  |
| Subsidios: Iglesia Local | $ |  | Renta o hipoteca (préstamo) | $ |
| Donaciones por Feligreses | $ |  | Utilidades | $ |
| Subsidios de la Conferencia | $ |  | Teléfono/Provisiones de Oficina | $ |
| Donación: Área Metropolitana | $ |  | Equipo y Reparos | $ |
| Donaciones: No-Feligreses | $ |  | Provisiones al Cliente/Ayuda Monetaria | $ |
| Abonos y Contratos | $ |  | Provisiones de Programa y costos | $ |
| Otro | $ |  | Otro | $ |
| Total | $ |  | Total | $ |