

**SOLICITUD PARA HACER UNA MODIFICACIÓN**

Los beneficiarios de The Colorado Trust deben solicitar que se apruebe cualquier cambio/modificación importante. Por favor consulta el documento Pautas para beneficiarios para obtener más detalles sobre estos cambios. **Envía este formulario completo y firmado, junto con los documentos adjuntos correspondientes, a tu Contacto de The Colorado Trust para asegurar que revise tu solicitud.** Si tienes alguna pregunta, por favor llámanos al 303-837-1200.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización:** |  |
| **Número del subsidio:** |  |
| **Contacto principal:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Modificación para cambiar el ámbito de trabajo:** Ámbito de trabajo modificado adjunto | | | | | | | |
|  | **Y/o modificación para aumentar o disminuir fondos:** Presupuesto y narrativa adjuntos | | | | | | | |
|  | Seleccionar uno: | Aumento | | Disminución | Cantidad nueva: $ | | | |
|  | **Extensión sin costo del contrato:** Informe financiero del período más reciente, presupuesto y narrativa para la extensión sin costo adjuntos | | | | | | | |
|  | Del (fecha final actual): | | | | Al (fecha final nueva): | | | |
|  | **Modificación del presupuesto para aumentos o disminuciones mayores al 25 por ciento de una categoría presupuestaria y de más de $1,000:** Presupuesto y narrativa adjuntos | | | | | | | |
|  | **Traspaso de fondos de más del 25 por ciento del presupuesto total para el período que está por terminar:** Presupuesto modificado y narrativa adjuntos | | | | | | | |
|  | **Reasignación del contrato (p. ej. patrocinador fiscal nuevo, beneficiario nuevo, cambio de nombre, etc.):** Formulario completo del Resumen de una solicitud y carta de resolución del IRS adjuntos | | | | | | | |
|  | **Finalización del contrato:** Explicación escrita adjunta de por qué se está finalizando el contrato  Fecha en la que finalizará el contrato: | | | | | | | |
|  | **Otra razón:** Explicación escrita adjunta | | | | | | | |
| **Nombre del representante autorizado:**  **(autorizado a firmar en nombre de tu organización)** | | | |  | | | | |
| **Puesto:** | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nombre de la persona que completó el formulario:** | | | |  | | | | |
| **Firma:** | | | |  | | | **Fecha:** |  |