

Application for Federal Assistance SF-424 2. Selecionar o tipo de inscrição, se nova, se uma continuação ou se uma revisão.

* 1. Type of Submission: <input type="checkbox"/> Preapplication <input checked="" type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Changed/Corrected Application	1. Selecionar o tipo de inscrição.	* 2. Type of Application: <input checked="" type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Continuation <input type="checkbox"/> Revision	* If Revision, select appropriate letter(s): _____ * Other (Specify): _____
--	---	--	--

* 3. Date Received: 3. Deixar em branco.	4. Applicant Identifier: 4 e 5. Inserir a identificação atribuída pelo governo americano ou número de controle interno designado pela tem própria instituição. Podem ser deixados em branco.
--	--

5a. Federal Entity Identifier: _____	5b. Federal Award Identifier: _____
---	--

State Use Only: Itens 6. e 7. devem ser deixados em branco.

6. Date Received by State: _____	7. State Application Identifier: _____
----------------------------------	--

8. APPLICANT INFORMATION: 8. Inserir informações da instituição.

* a. Legal Name: _____

* b. Employer/Taxpayer Identification Number (EIN/TIN): 8b. Se a organização não for nos EUA, digite 44444444.	* c. Organizational DUNS: _____ 8c. Inserir o DUNS da instituição.
--	---

d. Address: 8d. Inserir o endereço da instituição.

* Street1: _____
Street2: _____
* City: _____
County/Parish: _____
* State: _____
Province: _____
* Country: _____ BRA: BRAZIL
* Zip / Postal Code: _____

e. Organizational Unit: 8e. Inserir o departamento da instituição responsável pela implementação do projeto, se houver. Item opcional, pode ser deixado em branco.

Department Name: _____	Division Name: _____
---------------------------	-------------------------

f. Name and contact information of person to be contacted on matters involving this application:

Prefix: _____ * First Name: **8f. Inserir informações da pessoa a ser contatada para assuntos deste projeto - não precisa necessariamente ser o responsável legal pela instituição, mas sim o contato primário para este projeto específico.**
Middle Name: _____
* Last Name: _____
Suffix: _____

Title: _____

Organizational Affiliation:

* Telephone Number: _____ Fax Number: _____

* Email: _____

Application for Federal Assistance SF-424

* 9. Type of Applicant 1: Select Applicant Type: **9. Selecionar uma categoria para a instituição solicitante.**

W: Non-domestic (non-US) Entity

Type of Applicant 2: Select Applicant Type:

Type of Applicant 3: Select Applicant Type:

* Other (specify):

* 10. Name of Federal Agency: **10. Inserir a Embaixada ou o Consulado responsável por receber a proposta. Essas informações devem ser encontradas na oportunidade de financiamento ou o ponto de contato pode fornecê-las.**

11. Catalog of Federal Domestic Assistance Number: **11. Inserir o número e o título CFDA que podem ser encontrados na oportunidade de financiamento.**

Ex.: 19.040

Public Diplomacy Programs

CFDA Title:

* 12. Funding Opportunity Number: **12. Inserir o número e o título da oportunidade publicada. Esta informação deve ser encontrada na oportunidade de financiamento.**

* Title:

13. Competition Identification Number: **13. Item pode ser deixado em branco.**

Title:

14. Areas Affected by Project (Cities, Counties, States, etc.): **14. Item pode ser deixado em branco.**

Add Attachment

Delete Attachment

View Attachment

* 15. Descriptive Title of Applicant's Project: **15. Inserir uma breve descrição do projeto.**

Attach supporting documents as specified in agency instructions.

Add Attachments

Delete Attachments

View Attachments

Application for Federal Assistance SF-424

16. Congressional Districts Of: **16. Instituições nos EUA devem preencher o item, mas instituições baseadas fora dos EUA devem deixá-lo em branco.**

* a. Applicant

* b. Program/Project

Attach an additional list of Program/Project Congressional Districts if needed.

Add Attachment

Delete Attachment

View Attachment

17. Proposed Project: **17. Inserir uma proposta de data para implementação do projeto.**

* a. Start Date:

* b. End Date:

18. Estimated Funding (\$): **18. Inserir uma estimativa de custos do projeto.**

* a. Federal	<input type="text"/>	18a. Inserir o valor, em dólares, que o solicitante está requerendo do governo dos EUA.
* b. Applicant	<input type="text"/>	18b. Se houver partilha de custos, inserir o valor em dólares.
* c. State	<input type="text"/>	
* d. Local	<input type="text"/>	18c e 18d. Se o governo local for investir algum valor, inseri-lo.
* e. Other	<input type="text"/>	18e. Se houver alguma outra fonte de financiamento, inserir aqui.
* f. Program Income	<input type="text"/>	18f. Inserir o valor, em dólares, de eventual renda gerada pelo programa.
* g. TOTAL	<input type="text"/>	18g. Inserir o montante total.

*** 19. Is Application Subject to Review By State Under Executive Order 12372 Process?**

- a. This application was made available to the State under the Executive Order 12372 Process for review on .
- b. Program is subject to E.O. 12372 but has not been selected by the State for review.
- c. Program is not covered by E.O. 12372.

*** 20. Is the Applicant Delinquent On Any Federal Debt? (If "Yes," provide explanation in attachment.)**

Yes No

If "Yes", provide explanation and attach

Add Attachment

Delete Attachment

View Attachment

21. *By signing this application, I certify (1) to the statements contained in the list of certifications and (2) that the statements herein are true, complete and accurate to the best of my knowledge. I also provide the required assurances** and agree to comply with any resulting terms if I accept an award. I am aware that any false, fictitious, or fraudulent statements or claims may subject me to criminal, civil, or administrative penalties. (U.S. Code, Title 218, Section 1001)**

** I AGREE

** The list of certifications and assurances, or an internet site where you may obtain this list, is contained in the announcement or agency specific instructions.

Authorized Representative: **Inserir os dados do representante legal da organização solicitante. Digitar o nome, contato e assinatura da pessoa que tem autoridade para assinar em nome da instituição.**

Prefix: * First Name:

Middle Name:

* Last Name:

Suffix:

* Title:

* Telephone Number: Fax Number:

* Email:

* Signature of Authorized Representative:

* Date Signed:

A assinatura é obrigatória.