**Fonds d'agilité PVA │ Formulaire de demande**

Veuillez consulter les "Directives de financement et Questions" ci-jointes pour obtenir des informations supplémentaires sur la manière de remplir ce formulaire. Le Fonds pour l'agilité est soutenu et rendu possible grâce à Frontline AIDS.\*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l'organisation** |  |
| **Adresse** |  |
| **Pays d'enregistrement** |  |
| **Détails de l'inscription** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Site web** |  |
| **Médias sociaux** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre organisation est-elle membre de l'Alliance pour le vaccin pour tous ?** | Oui / Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **Au cours des trois dernières années, votre organisation a-t-elle reçu des fonds d'une société pharmaceutique ou l'un des membres de votre conseil d'administration est-il lié à une société pharmaceutique ?** | Oui / Non |
| *Si vous avez répondu oui, veuillez fournir de brèves informations sur le financement* | |
|  | |

|  |
| --- |
| **CONTACTS POUR LES APPLICATIONS** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACT PRINCIPAL POUR L'APPLICATION** | |
| **Nom** |  |
| **Titre du poste** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACT SECONDAIRE POUR L'APPLICATION** | |
| **Nom** |  |
| **Titre du poste** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |

|  |
| --- |
|  |

**VEUILLEZ COMPLÉTER LE PLAN ET LE BUDGET DU PROJET À LA FIN DE CE FORMULAIRE DE DEMANDE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Quel est l'objectif de votre proposition ?**  *Veuillez indiquer toutes les réponses qui s'appliquent.* | |
| Contribuer à la suppression des principaux obstacles à l'équité en matière de vaccins, de diagnostics et de traitements COVID-19 |  |
| Amplifier les réussites/modèles qui promeuvent les mécanismes de partage de la propriété intellectuelle/des droits. |  |
| Amplifier les voix et les histoires des communautés les plus touchées |  |
| Établir des parallèles avec d'autres maladies qui abordent des obstacles systémiques similaires à ceux rencontrés par COVID-19. |  |

|  |
| --- |
| **Quel sera, espèrez-vous, le résultat de vos actions, et comment saurez-vous que vous avez atteint votre résultat ?** *700 mots maximum.* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avez-vous l'intention de vous associer à d'autres organisations ou défenseurs pour mener à bien ce projet et ces activités ?** | Oui / Non |
| *Si vous avez répondu oui, veuillez indiquer le nom de l'organisation, le rôle qu'elle jouera et toute autre information que vous jugez utile de fournir.* | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Veuillez décrire votre expérience dans la mise en œuvre d'activités similaires dans le ou les pays où vous travaillerez.**  *Cela peut inclure des liens vers la couverture médiatique. 300 mots maximum.* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Combien de temps vos activités prendront-elles ?**  *Les activités ne peuvent être prises en considération que si elles sont réalisées dans un délai de 6 mois. Veuillez indiquer le délai dans lequel vous prévoyez que toutes les activités proposées seront réalisées.* | | | | | |
| ***Jusqu'à 1 mois*** |  | ***Jusqu'à 3 mois*** |  | ***Jusqu'à 6 mois*** |  |

|  |
| --- |
| **REFERENCE** |

Veuillez fournir les coordonnées de deux personnes de référence que nous contacterons pour obtenir des références si votre candidature est approuvée provisoirement. Une personne de référence doit avoir travaillé directement avec votre organisation au cours des deux dernières années sur des activités de plaidoyer ou de défense des droits de l'homme liées au COVID. Veuillez-vous assurer qu'ils/elles/iels sont content de fournir une référence et qu'ils/elles/iels seront disponibles début octobre.

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE RÉFÉRENCE 1** | |
| **Nom** |  |
| **Organisation/Institution** |  |
| **Titre du poste** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |
| **Comment connaissez-vous votre référence ?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERSONNE RÉFÉRENCE 2** | |
| **Nom** |  |
| **Organisation/Institution** |  |
| **Titre du poste** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** |  |
| **Comment connaissez-vous votre référence ?** |  |

|  |
| --- |
| **Soumettre votre demande**  Envoyez les candidatures remplies par courriel à [**agilityfundpva@frontlineaids.org**](mailto:agilityfundpva@frontlineaids.org)  Date limite de dépôt des candidatures : **Vendredi 23 septembre 2022 (17h00 UTC)**  **VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE VOUS AVEZ REMPLI LE PLAN DE PROJET ET LE BUDGET CI-DESSOUS AVANT DE SOUMETTRE VOTRE DEMANDE.** |

|  |
| --- |
| **PLAN ET BUDGET DU PROJET** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Veuillez fournir des détails sur les changements que vous souhaitez réaliser, sur les personnes que vous voulez toucher et sur les activités que vous envisagez pour y parvenir.**  *Veuillez noter que vous pouvez demander des subventions* ***jusqu'à*** *15 000 USD. Cela signifie que vous pouvez également demander une somme inférieure si vous n'avez pas besoin du montant maximum. Veuillez consulter les lignes directrices de financement et la FAQ pour plus de détails sur les coûts qui peuvent et ne peuvent pas être inclus.* | | | | |
| ***Que*** voulez-vous changer ? (Veuillez fournir jusqu'à 3 résultats) | ***Qui sont les*** décideurs ou autres acteurs clés que vous essayez d'influencer / d'atteindre (veuillez fournir jusqu'à 3 cibles) ? | ***Comment*** allez-vous influencer ces décideurs ou d'autres acteurs clés ? Veuillez décrire les activités que vous proposez. | ***Description des coûts*** | ***Budget (en USD)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **BUDGET TOTAL (EN USD)** | |  |