**PVA Agility Fund │ Formulário de Inscrição**

Consulte as 'Directrizes de Financiamento & Perguntas Frequentes' para obter informações adicionais sobre como preencher este formulário de inscrição. O Agility Fund é apoiado e viabilizado graças ao Frontline AIDS.\*

|  |
| --- |
| **DETALHES DA ORGANIZAÇÃO QUE SOLICITA O FINANCIAMENTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da organização** |  |
| **Endereço** |  |
| **País de Registo** |  |
| **Detalhes do Registo** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Website*** |  |
| **Redes Sociais** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A sua organização é membro da People Vaccine's Alliance?** | Sim/não |

|  |  |
| --- | --- |
| **A sua organização recebeu algum financiamento nos últimos 3 anos de alguma empresa farmacêutica ou algum dos membros do seu conselho está ligado a uma empresa farmacêutica?** | Sim/não |
| *Se respondeu sim, forneça informações breves sobre o financiamento* | |
|  | |

|  |
| --- |
| **CONTACTOS DE CANDIDATURA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTO PRINCIPAL PARA CANDIDATURA** | |
| **Nome** |  |
| **Cargo** |  |
| **Endereço de email** |  |
| **Número de telefone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTO SECUNDÁRIO PARA CANDIDATURA** | |
| **Nome** |  |
| **Cargo** |  |
| **Endereço de email** |  |
| **Número de Telefone** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O PROJECTO PROPOSTO** |

**POR FAVOR, PREENCHA O PLANO DE PROJECTO E ORÇAMENTO NO FINAL DESTE FORMULÁRIO DE CANDIDATURA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **O que sua proposta pretende alcançar?**  *Por favor, indique tudo o que se aplica.* | |
| Contribuir para a remoção das principais barreiras às vacinas, diagnósticos e equidade no tratamento da COVID-19 |  |
| Ampliar histórias/modelos de sucesso que promovam mecanismos que compartilham propriedade/direitos intelectuais |  |
| Amplificar as vozes e histórias das comunidades mais impactadas |  |
| Traçar semelhanças com outras doenças que abordam barreiras sistémicas semelhantes enfrentadas pela COVID-19 |  |

|  |
| --- |
| **Qual é que espera que seja o resultado de suas acções e como saberão que alcançaram seu resultado?** *700 palavras no máximo.* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pretendem fazer parceria com outras organizações ou defensores para concluir este projecto e actividades?** | Sim/não |
| *Se respondeu sim, por favor indique o nome da organização, a função que irá desempenhar e qualquer outra informação que considere relevante fornecer.* | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Descreva a vossa experiência na implementação de actividades semelhantes no país/países em que irão trabalhar.**  *Isso pode incluir links para cobertura feita por órgãos de informação. 300 palavras no máximo.* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quanto tempo suas actividades levarão para serem concluídas?**  *As actividades só podem ser consideradas se forem concluídas em até 6 meses. Por favor, indique o prazo em que preveem que todas as actividades propostas sejam concluídas.* | | | | | |
| ***Até 1 mês*** |  | ***Até 3 meses*** |  | ***Até 6 meses*** |  |

|  |
| --- |
| **REFERÊNCIAS** |

Forneça detalhes de 2 (duas) pessoas de referência, que entraremos em contacto para referências se sua inscrição for aprovada provisoriamente. A pessoa de referência deve ter trabalhado directamente com sua organização nos últimos 2 anos em advocacia relacionados ao COVID ou direitos humanos. Certifique-se de que as pessoas estão dispostas à fornecer uma referência e que estarão disponíveis no início de Outubro.

|  |  |
| --- | --- |
| **PESSOA DE REFERÊNCIA 1** | |
| **Nome** |  |
| **Organização/instituição** |  |
| **Cargo** |  |
| **Endereço de email** |  |
| **Número de Telefone** |  |
| **Como conheceram esta pessoa de referência?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PESSOA DE REFERÊNCIA 2** | |
| **Nome** |  |
| **Organização/instituição** |  |
| **Cargo** |  |
| **Endereço de email** |  |
| **Número de Telefone** |  |
| **Como conheceram esta pessoa de referência?** |  |

|  |
| --- |
| **Submissão da candidatura**  Envie as candidaturas completas por email para: [**agilidadefundpva@frontlineaids.org**](mailto:agilityfundpva@frontlineaids.org)  Prazo para candidaturas: **Sexta-feira, 23 de Setembro de 2022 (17:00H UTC)**  **CERTIFIQUEM-SE DE QUE COMPLETARAM O PLANO DE PROJECTO E ORÇAMENTO ABAIXO ANTES DE ENVIAR A CANDIDATURA.** |

|  |
| --- |
| **PLANO E ORÇAMENTO DO PROJECTO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forneça detalhes das mudanças que desejam alcançar, quem você deseja impactar e as actividades que planeiam alcançar.**  *Observe que podem solicitar subvenções* ***de até*** *15.000 Dólares americanos. Isso significa que também pode solicitar menos se não for necessário o valor máximo. Consulte mais detalhes nas Directrizes de Financiamento & Perguntas Frequentes sobre quais custos podem e não podem ser incluídos.* | | | | |
| ***O que*** querem mudar? (Por favor, forneça até 3 resultados) | ***Quem*** são os tomadores de decisão ou outros actores-chave que estão a tentar influenciar/alcançar? (Por favor, forneça até 3 alvos) | ***Como*** *irá influenciar estes decisores ou outros actores-chave? Por favor, descreva as actividades propostas.* | ***Descrição dos Custos*** | ***Orçamento (em Dólar americano)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ORÇAMENTO TOTAL (EM DÓLAR)** | |  |