**Fondo de Agilidad de PVA │Formulario de solicitud**

Consulte las 'Normas de financiación y preguntas frecuentes' adjuntas para obtener información adicional sobre cómo completar esta solicitud. El Fondo de Agilidad recibe apoyo y es posible gracias a Frontline AIDS.\*

|  |
| --- |
| **DETALLES DE LA ORGANIZACIÓN QUE SOLICITA EL FINANCIAMIENTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la organización** |  |
| **Dirección** |  |
| **País de registro** |  |
| **Detalles de registro** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sitio web** |  |
| **Redes sociales** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Es su organización miembro de People Vaccine's Alliance (PVA)?** | Sí / No |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Ha recibido su organización algún tipo de financiación en los últimos 3 años de alguna empresa farmacéutica o alguno de los miembros de su consejo de administración está relacionado con una empresa farmacéutica?** | Sí / No |
| *Si ha respondido afirmativamente, proporcione una breve información sobre la financiación.* |
|  |

|  |
| --- |
| **CONTACTOS DE LA SOLICITUD** |

|  |
| --- |
| **CONTACTO PRINCIPAL DE LA SOLICITUD** |
| **Nombre** |  |
| **Puesto de trabajo** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |
| **Número de teléfono** |  |

|  |
| --- |
| **CONTACTO SECUNDARIO DE LA SOLICITUD** |
| **Nombre** |  |
| **Puesto de trabajo** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |
| **Número de teléfono** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO PROPUESTO** |

**POR FAVOR COMPLETE EL PLAN DEL PROYECTO Y EL PRESUPUESTO/COTIZACIÓN AL FINAL DE ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD.**

|  |
| --- |
| **¿Qué pretende su propuesta?***Indique todas las que correspondan.* |
| Contribuir a la eliminación de barreras clave para la equidad en las vacunas, el diagnóstico y el tratamiento de la COVID-19 |  |
| Ampliar historias y modelos de éxito que promuevan mecanismos que compartan derechos de propiedad intelectual |  |
| Amplificar las voces y las historias de las comunidades más afectadas |  |
| Establecer paralelismos con otras enfermedades que aborden barreras sistémicas similares a las que se enfrenta la COVID-19 |  |

|  |
| --- |
| **¿Cuál espera que sea el resultado de su acción y cómo sabrá que ha logrado su resultado?\*** *700 palabras máx.* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Tiene la intención de asociarse con otras organizaciones o defensores para completar este proyecto y actividades?** | Sí / No |
| *Si ha respondido que sí, proporcione el nombre de la organización, el papel que desempeñarán y cualquier otra información que considere relevante proporcionar.* |
|  |

|  |
| --- |
| **Describa su experiencia implementando actividades similares en el país o países en los que trabajará.** *Esto puede incluir enlaces a la cobertura/noticias en los medios. 300 palabras máx.* |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Cuánto tiempo llevará completar sus actividades?** *Solo se considerarán las actividades si se completan en 6 meses. Indique el plazo en el que prevé que se completarán todas las actividades propuestas.*  |
| ***Hasta 1 mes*** |  | ***Hasta 3 meses*** |  | ***Hasta 6 meses*** |  |

|  |
| --- |
| **REFERENCIAS** |

Proporcione detalles de 2 referencias a quienes contactaremos para obtener referencias si su solicitud se aprueba provisionalmente. Estas personas deben haber trabajado directamente con su organización en los últimos 2 años en defensa o derechos humanos relacionados con COVID. Asegúrese de que estarán encantados de proporcionar una referencia y estarán disponibles a principios de octubre.

|  |
| --- |
| **REFERENCIA 1** |
| **Nombre** |  |
| **Organización/Institución** |  |
| **Puesto de trabajo** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |
| **Número de teléfono** |  |
| **¿De qué conoce a esta persona?** |  |

|  |
| --- |
| **REFERENCIA 2** |
| **Nombre** |  |
| **Organización/Institución** |  |
| **Puesto de trabajo** |  |
| **Dirección de correo electrónico** |  |
| **Número de teléfono** |  |
| **¿De qué conoce a esta persona?** |  |

|  |
| --- |
| **Envío de su solicitud**Envíe por correo electrónico las solicitudes completas a: **agilityfundpva@frontlineaids.org** Plazo de envío de solicitudes: **viernes, 23 de septiembre de 2022 (17:00 UTC)****ASEGÚRESE DE HABER COMPLETADO EL PLAN DEL PROYECTO Y EL PRESUPUESTO/COTIZACIÓN A CONTINUACIÓN ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD.** |

|  |
| --- |
| **PLAN DE PROYECTO Y PRESUPUESTO/COTIZACIÓN** |

|  |
| --- |
| **Proporcione detalles de los cambios que desea lograr, a quién desea impactar y las actividades que planea lograr.** *Tenga en cuenta que puede solicitar subvenciones* ***de hasta*** USD 15,000. *Esto significa que también puede solicitar menos si no requiere la cantidad máxima. Consulte más detalles en las Normas de financiación y las preguntas frecuentes sobre qué costos pueden y no pueden incluirse.* |
| ***¿***Qué quiere cambiar? (Proporcione hasta 3 resultados) | ***¿Quiénes*** son los tomadores de decisiones u otros actores clave a los que está tratando de influir/alcanzar? (Proporcione hasta 3 objetivos) | ***¿Cómo*** influirá en estos tomadores de decisiones u otros actores clave? Por favor, describa sus actividades propuestas. | ***Descripción de los costos*** | ***Presupuesto/cotización (en USD)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **PRESUPUESTO TOTAL (EN USD)** |  |