

Formulario de solicitud

Título del proyecto:**Datos de la entidad solicitante:**

Nombre	
C.I.F.	
Dirección	
Teléfono	
Email de contacto	

Coste total del proyecto:**Cantidad solicitada:**

Máximo 10.000€ (para la concesión de la beca, el importe acumulado de las donaciones solicitadas a ViiV Healthcare para 2026, incluyendo la presente donación, no supera el 25% del total de la última cuenta de pérdidas y ganancias presentada por la ONG)

Otras fuentes de financiación para este proyecto:

Indicar número total de financiadores y porcentaje financiado

Información relacionada con el proyecto*

*Puede ser multi-respuesta

Área	<input type="checkbox"/> Calidad de vida <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Estigma <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Otros

¿A quién va dirigido?	<input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Mayores 50 años <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Personas transgénero <input type="checkbox"/> Otros _____
Impacto	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Autonómico <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional
Usuarios del proyecto	<input type="checkbox"/> <50 <input type="checkbox"/> 50-100 <input type="checkbox"/> 100-500 <input type="checkbox"/> >500
Difusión	<input type="checkbox"/> Redes <input type="checkbox"/> App <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> Carteles/Folletos <input type="checkbox"/> Otros _____

Alineamiento con la estrategia de ONUSIDA

*Puede ser multi-respuesta

Primer 95	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tercer 95	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Segundo 95	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>Bienestar a largo plazo de las personas con VIH (antes cuarto 90)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Indicar a que áreas de interés responde

*[Puede ser multi-respuesta, el % total debe sumar 100]

%

SI NOAtención y diagnostico -----

SI NOEducación sobre el VIH -----

SI NOActualización sobre aspectos relevantes del VIH..... -----

SI NOOtras* -----

Otras*: indicar cual y/o cuales

Información del proyecto:

Responder de forma breve el siguiente cuestionario.

Se valorará positivamente el carácter innovador del proyecto, que esté centrado en las personas y especialmente dirigido a población vulnerable.

¿Por qué quiere la entidad llevar a cabo este proyecto en 2026? (Máximo 3000 caracteres)

¿A quién va dirigido el proyecto? (Máximo 2000 caracteres)

¿Dónde se va a realizar el proyecto en 2026? (ej: sede, hospital, on line, etc) (Máximo 2000 caracteres)

¿Qué 3 actividades / intervenciones destacarías durante el 2026? (Máximo 2000 caracteres)

¿Cuántas personas de la entidad llevarán a cabo este proyecto? (Máximo 2000 caracteres)

¿Cómo pueden acceder los usuarios a este proyecto? (Máximo 2000 caracteres)

¿Contribuyen al proyecto otras entidades, organismos, intituciones, etc? ¿cómo lo hacen? (Máximo 2000 caracteres)

¿Cuánto va a durar el proyecto? (Máximo 2000 caracteres)

¿Es un proyecto nuevo para la entidad? (Máximo 2000 caracteres)

Si se trata de un proyecto de continuidad, ¿cuánto tiempo lleva en marcha? ¿puedes destacar algún aspecto novedoso para el 2026? (Máximo 2000 caracteres)

¿Cómo vais a difundir los resultados obtenidos en 2026? (Máximo 2000 caracteres)

¿Cómo vais a evaluar el impacto del proyecto? (Máximo 2000 caracteres)

Documentación adicional:

Consulta los detalles en "documentos necesarios" de esta convocatoria:

1. Formulario de conflicto de intereses.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Carta de solicitud.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Presupuesto detallado.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Proyecto detallado.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Estatutos de la entidad en vigor (Si aplica según convocatoria).....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Última cuenta de pérdidas y ganancias presentada por la ONG.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cómo completar la solicitud:

1. Rellene por favor este formulario
2. Envíelo a apoyo.proyectos@viivhealthcare.com
3. Incluyendo la documentación adicional en el mismo e-mail