**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€ y <25% de los ingresos previstos para 2023 de la sede de la entidad donde se va a desarrollar el proyecto

|  |
| --- |
|  |

**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 | Calidad de vida  Educación  Estigma  Prevención  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿A quién va dirigido? | HSH  Mujeres  Mayores 50 años  Migrantes  Personas transgénero  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Impacto | Local  Autónomo  Nacional  Internacional |
| Usuarios del proyecto | <50  50-100  100-500  >500 |
| Difusión | Redes  App  Web  Carteles/Folletos  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Alineamiento con la estrategia de ONUSID**

**\*Puede ser multi-respuesta**

|  |  |
| --- | --- |
| Primer 95  SI  NO | Tercer 95  SI  NO |
| Segundo 95  SI  NO | ***Bienestar a largo plazo de las personas con VIH (antes cuarto 90)***   SI  NO |

**Indicar a que áreas de interés responde**

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

%

SI  NO …..Atención y diagnostico ……………………………………………………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_

SI  NO …..Educación sobre el VIH ……………………………………………………………………………………………………………… \_\_\_\_\_\_

SI  NO …..Actualización sobre aspectos relevantes del VIH..…………………………………………. \_\_\_\_\_\_

SI  NO …..Otras\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... \_\_\_\_\_\_

Otras\*: indicar cual y/o cuales

**Información del proyecto:**

Responder de forma breve el siguiente cuestionario.

Se valorará positivamente los aspectos innovadores y que esté centrado en las personas, y especialmente dirigido a población

**¿Por qué quiere la entidad llevar a cabo este proyecto en 2025?** *(Máximo 3000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**¿Dónde se va a realizar el proyecto en 2025? (ej: sede, hospital, on line, etc)** *(Máximo 2000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**¿Qué 3 actividades / intervenciones destacarías durante el 2025?** *(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 2025?** *(Máximo 2000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**¿Cómo vaís a difundir los resultados obtenidos en 2025?** (*Máximo 2000 caracteres)*

|  |
| --- |
|  |

**¿Cómo vaís 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................... ......................  SI  NO

2. Carta de solicitud........................................................................  SI  NO

3. Presupuesto detallado................................................................  SI  NO

4. Proyecto detallado.....................................................................  SI  NO

5. Estatutos de la entidad en vigor.................................................  SI  NO

6. Certificado agencia tributaria (ley 49/2002, mezenazgo) ....................  SI  NO

7. Cuentas anuales año previo ....................  SI  NO

**Cómo completar la solicitud:**

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