****

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE APOIO A PROJETOS**

## XVIII CONCURSO

## CAPÍTULO I - DADOS GERAIS (1 cópia)

|  |
| --- |
| **No. (para uso interno do Fundo)** |

**NOME DO PROJETO:**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO DA ORGANIZAÇÃO OU DO GRUPO:** |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO COMPLETO DA ORGANIZAÇÃO / OU GRUPO (OU DA RESPONSÁVEL PELO PROJETO):** |

|  |
| --- |
| **BAIRRO: MUNICÍPIO: CEP:** |

|  |
| --- |
| **TELEFONE FIXO: ( ) FAX: ( )**  **TELEFONE CELULAR: ( )** |

|  |
| --- |
| **E-MAIL: SITE:** |

|  |
| --- |
| **NOME DA RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** |

|  |
| --- |
| **CARGO/ PAPEL NA ORGANIZAÇÃO OU NO GRUPO:** |

|  |
| --- |
| **TELEFONE(S): E-MAIL:** |

# CAPITULO II - DADOS DA ORGANIZAÇÃO OU DO GRUPO (1 cópia)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ano em que o Grupo começou a atuar ou a Organização foi criada |  | No. do CNPJ  (se for o caso) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Com quantas mulheres começou? |  | Quantas mulheres participam atualmente? |  |

**Caracterização da Organização:**

Cooperativa\_\_\_\_\_\_ Associação\_\_\_\_\_\_\_ ONG\_\_\_\_\_\_ Grupo Informal(sem CNPJ)\_\_\_\_\_\_\_

Que atividades de educação e prevenção do HIV/AIDS realiza ou já realizou? (aumentar o espaço ou folha anexa se necessário)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estrutura do Grupo ou Organização:** Coordenadora/Diretora/Secretária Executiva--------------

Assembleia\_\_\_\_\_\_\_\_ Associadas \_\_\_\_\_\_\_\_ Conselho \_\_\_\_\_\_\_\_

**Funciona em Espaço**: Próprio \_\_\_\_\_\_\_\_ Alugado\_\_\_\_\_\_\_\_ Emprestado\_\_\_\_\_\_\_

**COM QUAL OBJETIVO A ORGANIZAÇÃO OU O GRUPO FOI CRIADO? CONTE UM POUCO DA HISTÓRIA DO SEU GRUPO. (Se precisar aumente o espaço ou anexe uma folha extra)**

**QUEM TOMA AS DECISÕES NA ORGANIZAÇÃO OU NO GRUPO?**

Enumere as atividades que considerar mais importantes que o Grupo ou a Organização realizou nos últimos doi anos, começando pelas mais recentes (se necessário, aumente o espaço ou anexe folha extra)

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **ATIVIDADES MAIS IMPORTANTES NOS ÚLTIMOS 2 ANOS** |
| **1.** | **1.** |
| **2.** | **2.** |
| **3.** | **3.** |

**PARTICIPAM DE ALGUMA REDE (FORMAL OU INFORMAL) DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES? SE SIM, QUAL?**

**PARTICIPAM DE ALGUMA REDE OU FÓRUM (FORMAL OU INFORMAL) DE ORGANIZAÇÕES DE HIV/AIDS? SE SIM, QUAL?**

**DÊ A REFERÊNCIA DE PELO MENOS DUAS ORGANIZAÇÕES (NÃO PODE SER PESSOA FÍSICA) QUE CONHEÇAM O TRABALHO DO GRUPO OU DA ORGANIZAÇÃO (NOME DE CONTATO, TELEFONES, E-MAIL).**

**SITUAÇÃO FINANCEIRA DO GRUPO OU ORGANIZAÇÃO:**

O Fundo ELAS precisa conhecer melhor as necessidades de recursos econômicos dos grupos ou organizações de mulheres e como esses recursos são aplicados. Quais têm sido seus principais financiadores nos últimos dois anos? (assinale as opções)

**A) ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS:**

Fundos de Mulheres Órgãos Multilaterais (ex: UNAIDS) 22

Fundações Privadas \_\_\_\_\_ Empresas \_\_\_\_\_\_

ONG’s\_\_\_\_\_\_\_

**B) ORGANIZAÇÕES NACIONAIS:**

ONG’s \_\_\_\_ Empresas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fundações Privadas Fundos \_\_\_\_\_

Governos:

Municipal Estadual Federal

**C) OUTROS:**

Venda de serviços ou produtos Doadores Individuais (pessoas físicas)

Eventos ou campanhas de arrecadações de recursos (Almoços, festas, rifas, sorteios)

**LISTE AS PRINCIPAIS FONTES DE FINANCIAMENTO NO ANO ANTERIOR (NOME DA ENTIDADE E VALOR APROXIMADO):**

**QUANTO EM TOTAL À ORGANIZAÇÃO OU O GRUPO GASTOU PARA SUAS ATIVIDADES NO ANO ANTERIOR (EM MÉDIA)?**

**CAPÍTULO III - DADOS DO PROJETO (2 cópias)**

|  |
| --- |
| **1. NOME DO PROJETO: (o mesmo da parte I )** |

|  |
| --- |
| **2. NOME FANTASIA DA ORGANIZAÇÃO OU GRUPO (Invente um nome para seu grupo - Não pode ser o mesmo da parte I)** |

|  |
| --- |
| **3. DURAÇÃO DO PROJETO EM MESES (até 8 meses):** |

|  |
| --- |
| **4. ÁREA DO PROJETO:** |
| **Educação e prevenção do HIV/AIDS**  Foco - Mobilização social:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ferramentas que o projeto vai utilizar:  Esporte \_\_\_\_\_\_\_ Comunicação\_\_\_\_\_\_ Arte e Cultura \_\_\_\_\_\_ Outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **5. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS ATRAVÉS DO APOIO AO PROJETO (coloque quantas forem necessárias):** |
| 1.  2.  3.  4.    5.    6. |

|  |
| --- |
| **6. PÚBLICO-ALVO (Marcar quantas opções precisar):**  **a. Nº de envolvidas diretas**  Mulheres:  Adultas Jovens Meninas **2 TOTAL ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **b. Envolvidas (os) indiretas (os)**  Família Amigas / os Comunidade **TOTAL** \_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **7. LOCAL DE SÃO PAULO OU RIO DE JANEIRO ONDE O PROJETO VAI SER DESENVOLVIDO:** |
| Bairro:  Município: |

|  |
| --- |
| **8. PARCERIAS DO PROJETO (se houver coloque o nome completo):** |
| Redes de Mulheres Redes de HIV/AIDS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outras Redes 2    ONG’s de Mulheres ONG’s AIDS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outras ONG’s \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Outras Entidades 2 Empresas Fundações Privadas 2  Governos: Municipal Estadual Federal 2  Outras instituições \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. BREVE DESCRIÇÃO DO PROJETO:**  **Qual o objetivo e como pensam que o grupo ou organização pode se fortalecer com o projeto?**  **(Se precisar podem aumentar o espaço)** | |
| **10. Que resultados concretos pensam conseguir com o projeto? (Se precisar podem aumentar o espaço)** | |

**11. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES:**

|  |
| --- |
| **ATIVIDADES** |
| **01** | **02** | **03** | **04** | **05** | **06** | **07** | **08** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Obs. Se precisar podem aumentar as linhas para as atividades**

**12. ORÇAMENTO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atividade a que se refere o gasto** | **Item** | **Recurso próprio ou de outros (R$)** | **Recurso solicitado ao**  **Fundo ELAS (R$)** | **TOTAL**  **(R$)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL (R$) | |  |  |  |

**Obs. Se precisar podem aumentar as linhas para os gastos com as atividades.**